**Al Signor Sindaco del Comune di**

|  |
| --- |
|  |

**Al Sig./Sig.ra**

|  |
| --- |
|  |

La Commissione Sanitaria Provinciale dell’Azienda Sanitaria Territoriale:

*di Ancona*:

Scegliere un elemento.

dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di “disabilità gravissima” – DGR n.264/2025, tenuto conto di quanto disposto dal D.M. del 26/09/2016, **riconosce il seguente nominativo**:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME |  |
| NOME |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Residente a |  |
| Via e Numero |  |
| CAP |  |
| Codice fiscale |  |
| telefono |  |
| Email |  |
| PEC |  |

**Persona in condizione di “disabilità gravissima”:** Scegliere un elemento.

**Rientrante nella categoria prevista alla lett. n:** Scegliere un elemento. **dell’art. 3 c.2 del D.M. 26/09/2016.**

Si riscontra inoltre che l’**indennità di accompagnamento** è stata riconosciuta a partire dalla seguente data:

|  |
| --- |
|  |

**In caso di diniego, indicare le motivazioni:**

|  |
| --- |
|  |

**LA COMMISSIONE**

Presidente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Operatore sociale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segretaria

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data della seduta

|  |
| --- |
|  |

**N.B. Qualora la Commissione attesti il riconoscimento della “disabilità gravissima”, il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) dovranno prendere contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti utili all’ottenimento del contributo.**