

	Al Signor Sindaco del Comune di
	Al Sig./Sig.ra
La Commissione Sanitaria Provinciale dell'Azienda	a Sanitaria Territoriale:
(Indicare la Commissione di riferimento):	
Scegliere un elemento.	
dopo aver verificato la congruità della documentazi	ione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di
'disabilità gravissima" – DGR n.264/2025, tenut	to 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 Rientrante nella categoria prevista alla lett, n. Si	": Scegliere un elemento. cegliere un elemento. dell'art. 3 c.2 del D.M. 26/09/2016.
	amento 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 <u>attesti il riconoscimento della "disabilità gravissima"</u>, 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.