

Al Signor Sindaco del Comune di

---

---

---

Al Sig./Sig.ra

---

---

---

La Commissione sanitaria provinciale dell'Area Vasta n. \_\_\_\_ dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", tenuto conto di quanto disposto dal D.M. del 26/09/2016, riconosce:

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

soggetto in condizione di "disabilità gravissima":

 SI NO

rientrante nella categoria prevista alla lett. \_\_\_\_\_ dell'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016.

motivazione del diniego: \_\_\_\_\_

---

---

---

Comune di Fano, Prot. n. 0005653-22/01/2021, n. 004888/2021, n. 00197-0014-Pr. n. 48-0126-453. @43@

## LA COMMISSIONE

Presidente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Componente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Operatore sociale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Segretaria

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
(seduta)

**N.B. Qualora la Commissione attesti il riconoscimento della "disabilità gravissima" - il disabile, la sua famiglia (o altro soggetto deputato alla tutela) prendono contatto con il proprio Comune di residenza per i successivi adempimenti.**