REGIONE MARCHE
Giunta regionale

Allegato "D"

Al Signor Sindaco del Comune di

Al Sig./Sig.ra

Comune di Fallerone (FM) - Prot. n. 0007703 del 01-10-2026 - Arrivo Cat. 7 Cl. 15

La Commissione Sanitaria Provinciale dell'Azienda Sanitaria Territoriale:

(Indicare la Commissione di riferimento):

Scegliere un elemento.

dopo aver verificato la congruità della documentazione prodotta ai fini del riconoscimento della condizione di "disabilità gravissima", tenuto conto di quanto disposto dalla DGR n.727/2026 e 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:

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

Allegato "D"

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>, la persona con disabilità, 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.

Comune di Falerone (FM) Prot. n. 0007703 del 15-10-2026 Arrivo Cat. 7 Cl. 15