

Al Signor Sindaco del Comune di

Al Sig./Sig.ra

La Commissione Sanitaria Provinciale dell’Azienda Sanitaria Territoriale:

(Indicare la Commissione di riferimento):

A.S.T. FERMO Segreteria Commissione Sanitaria Provinciale: Via Zeppilli n. 18 - 63900 FERMO, PEC:
ast.fermo@emarche.it

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.

Rientra 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.