

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.