

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", nel rispetto delle schede di valutazione di cui al D.M. del 26/11/2016, riconosce il

Sig./Sig.ra _____ nato a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

soggetto in condizione di "disabilità gravissima":

SI

NO

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.