

**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.