



Luogo di emissione	Numero: 13/POL	Pag. 1
Ancona	Data: 22/03/2012	

ALLEGATO "E"

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**Al Presidente della
Commissione sanitaria provinciale
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE
ASUR
AREA VASTA N. _____
(capoluogo di provincia) _____
Via _____
Città _____**

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

tel. _____

già riconosciuto "portatore di handicap in situazione di gravità" (ex articolo 3 Legge 104/1992) dalla Commissione sanitaria della ex ASL n. _____ di _____ in data _____

CHIEDE

di essere sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. 104/92, L. 162/98, L.R. 18/1996 e successive modificazioni: Assistenza domiciliare indiretta al disabile in situazione di particolare gravità).

Dichiara di frequentare il Centro Socio Educativo Riabilitativo Diurno _____ per un numero di _____ ore settimanali effettive, svolte secondo quanto stabilito nel progetto dell'UMEA.

Allega la documentazione comprovante la situazione di particolare gravità: attestazione di disabilità in condizione di gravità nonché eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi.

Allega inoltre autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Data _____

Firma _____