



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 1
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "E/1"

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

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

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

in qualità di:

☐ genitore

☐ familiare

☐ esercente la potestà o tutela

CHIEDE

per:

Nome e cognome _____

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 _____



Luogo di emissione Ancona	Numero: 19/POL	Pag. 2
	Data: 23/03/2011	

che venga 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).

Allega la documentazione comprovante la situazione di particolare gravità (es.: certificati del medico curante, copia di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

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

Firma _____

Data _____