

**ALLEGATO "H"**

MODELLO DI DOMANDA DI REVISIONE REDATTA DAL DISABILE

**AL PRESIDENTE  
COMMISSIONE SANITARIA REGIONALE  
DI REVISIONE  
A N C O N A**

Il/La sottoscritto/a Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

al/alla quale la Commissione sanitaria provinciale competente ha riconosciuto per l'anno \_\_\_\_\_ il punteggio massimo di almeno due delle quattro condizioni indicate nella scheda di valutazione "A" così raggruppate: condizione 1,2,3,6 oppure condizione 3,4,5,6

**RIVOLGE ISTANZA**

affinché codesta Commissione rivaluti il proprio caso.

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

N.B.

La presente istanza deve essere spedita, entro e non oltre il **15 settembre 2013**, al seguente indirizzo:

DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI - REGIONE MARCHE – VIA Gentile Da Fabriano n. 3 - 60125 ANCONA