



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag.
Ancona	Data: 13/03/2015	22

**ALLEGATO "E"**

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

**Al Presidente della  
Commissione sanitaria provinciale  
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE  
ASUR - AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**

**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 competente 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 seguente documentazione:

- 1) verbale L. 104/92 (ex art.3, comma 3);
- 2) autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- 3) eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi (es.: certificati del medico curante, copie di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag. <b>23</b>
Ancona	Data: 13/03/2015	

**ALLEGATO "E/1"**

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DA TERZI

**Al Presidente della Commissione  
sanitaria provinciale  
c/o SERVIZIO DI MEDICINA LEGALE  
ASUR - AREA VASTA N. \_\_\_\_\_**

**Via \_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_**

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di:

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

**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 competente in data \_\_\_\_\_

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).



Luogo di emissione	Numero: 42/SPO	Pag.
Ancona	Data: 13/03/2015	<b>24</b>

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

Allega la seguente documentazione:

- 1) verbale L. 104/92 (ex art.3, comma 3);
- 2) autocertificazione dello stato di famiglia secondo le modalità di cui al D.P.R. 28/12/2000, n. 445;
- 3) eventuale altra documentazione socio-sanitaria utile all'accertamento di che trattasi (es.: certificati del medico curante, copia di cartelle cliniche e/o certificazioni specialistiche, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_