

**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 \_\_\_\_\_