



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. <b>22</b>
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato E/1

MODELLO DI DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

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

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. N. 104/92, L. N. 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: attestazione di handicap 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 \_\_\_\_\_



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. <b>23</b>
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato E/2

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:

ف genitore

ف familiare

ف 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	Numero: 4/S05	Pag. <b>24</b>
Ancona	Data: 10/02/2009	

che venga sottoposto a visita medico-collegiale da parte della Commissione sanitaria provinciale al fine della valutazione della condizione di "particolare gravità" (L. N. 104/92, L. N. 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 \_\_\_\_\_



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. <b>25</b>
Ancona	Data: 10/02/2009	

Allegato F

**Al Signor Sindaco del Comune di**

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI CONCESSIONE DI CONTRIBUTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE  
INDIRETTA AL DISABILE IN SITUAZIONE DI PARTICOLARE GRAVITA' - ANNO \_\_\_\_\_  
(L. n. 104/92 – L. n. 162/98 - R. 18/1996)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale n. \_\_\_\_\_

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

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

tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:

persona disabile in situazione di particolare gravità

genitore

familiare

esercente la potestà o tutela per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
 persona disabile in situazione di particolare gravità nato/a il \_\_\_\_\_ a  
 \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ tel  
 \_\_\_\_\_

**CHIEDE il contributo per il servizio di assistenza domiciliare indiretta al disabile in  
situazione di particolare gravità fornito da:**

- genitore/familiare convivente  \*
- genitore/familiare non convivente  \*
- operatore esterno  \*

E' consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice penale secondo quanto prescritto dall'articolo 76 del d.p.r. 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai



Luogo di emissione	Numero: 4/S05	Pag. <b>26</b>
Ancona	Data: 10/02/2009	

benefici conseguenti al provvedimento, eventualmente emanato, sulla base della dichiarazione non veritiera (articolo 75 del d.p.r. 445/2000).

**Dichiara che la persona disabile in situazione di particolare gravità:**

- sta adempiendo all'obbligo scolastico o all'obbligo formativo °°;
- pur essendo nell'età dell'obbligo, non frequenta la scuola in conseguenza della gravità della patologia °°
- è inserito in un centro socio-educativo diurno di cui all'art. 13 della L.r. . 18/96 sulla base di un piano educativo individualizzato predisposto dalla competente UMEA che ne prevede l'inserimento per un orario settimanale di ore \_\_\_\_\_ come previsto dal progetto UMEA
- convive con un genitore o, nel caso di sua scomparsa, con un fratello o una sorella, il quale usufruisce del congedo di cui all'articolo 42, comma 5, del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151 (ex legge n. 53/2000 sui congedi parentali – massimo due anni di congedo dal lavoro regolarmente retribuito) °°;
- vive stabilmente in casa °°.

Il richiedente

\_\_\_\_\_

\* barrare la voce o le voci che interessano  
°° barrare la voce che interessa

Data \_\_\_\_\_

Si allega copia fotostatica del documento di riconoscimento.

La firma del richiedente viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione. Qualora il richiedente non sia in grado di firmare per impedimento fisico l'addetto alla ricezione ne prende atto e lo specifica nella presente istanza.

L' Addetto alla ricezione

Ass. Soc. \_\_\_\_\_

ovvero altro referente dell'Ente locale