



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 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 disabled 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 _____