


|   |   |  |
|---|---|--|
|  | Amministrazione destinataria<br>Comune di Pesaro<br><br>Ufficio destinatario<br>U.O. Promozione sociale |  |
|---|---|--|

**Domanda di riconoscimento della condizione di disabilità gravissima**  
**Ai sensi del Decreto Ministeriale 26/09/2016**

| Il sottoscritto           |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
|---------------------------|---|----------------|-----------|-----------------------------|--|----------------|-------------------------------|-------|---------|--------------------------|-----|
| Cognome                   |   |                | Nome      |                             |  | Codice Fiscale |                               |       |         |                          |     |
| Data di nascita           |   |                | Sesso     | Luogo di nascita            |  |                | Cittadinanza                  |       |         |                          |     |
| Residenza                 |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Provincia                 | Comune  |                | Indirizzo |                             |  | Civico         | Barrato                       | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|                           |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare        |   | Telefono fisso |           | Posta elettronica ordinaria |  |                | Posta elettronica certificata |       |         |                          |     |
|                           |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| in qualità di             |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Ruolo                     |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| <input type="radio"/>     | persona interessata   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| <input type="radio"/>     | genitore  |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| <input type="radio"/>     | familiare   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| <input type="radio"/>     | esercitante la potestà o tutela o amministrazione di sostegno |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| della persona interessata |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Cognome                   |   |                | Nome      |                             |  | Codice Fiscale |                               |       |         |                          |     |
| Data di nascita           |   |                | Sesso     | Luogo di nascita            |  |                | Cittadinanza                  |       |         |                          |     |
|                           |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Residenza                 |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |
| Provincia                 | Comune  |                | Indirizzo |                             |  | Civico         | Barrato                       | Scala | Interno | SNC                      | CAP |
|                           |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         | <input type="checkbox"/> |     |
| Telefono cellulare        |   | Telefono fisso |           | Posta elettronica ordinaria |  |                | Posta elettronica certificata |       |         |                          |     |
|                           |   |                |           |                             |  |                |                               |       |         |                          |     |

**CHIEDE**

di essere ammesso o di ammettere il proprio tutelato alla valutazione per il rilascio della certificazione attestante la condizione di "disabilità gravissima" di cui al decreto ministeriale 26/09/2016 ai fini della concessione del contributo "disabilità gravissima" di cui alla decreto della giunta regionale 01/12/2021, n. 1482.



**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | certificazione medica specialistica   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | copia del verbale di indennità di accompagnamento rilasciato dall'INPS<br><i>(allegare la copia del verbale senza gli OMISSIS, ovvero la copia del verbale dove sono chiaramente specificate le patologie della persona disabile)</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | riconoscimento della condizione di disabilità gravissima  |
| <input type="checkbox"/>            | copia del documento di identità<br><i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i>   |
| <input type="checkbox"/>            | altri allegati (specificare)  |

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica. |
|--------------------------|--|

|        |      |                |
|--------|------|----------------|
| Pesaro |      |                |
| Luogo  | Data | Il dichiarante |