

	Amministrazione destinataria Comune di Pesaro  Ufficio destinatario U.O. Promozione sociale
---	---

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

<b>Il sottoscritto</b>											
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				
<b>in qualità di</b>											
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										
<b>della persona interessata</b>											
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 <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 <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