



servizi alla persona

ALLEGATO "I"

MODELLO DI DOMANDA DI REVISIONE REDATTA DA TERZI

**AL PRESIDENTE
COMMISSIONE SANITARIA REGIONALE
DI REVISIONE
A N C O N A**

Il/La sottoscritto/a sig./ra _____

Residente a _____

In qualità di:

Genitore

Familiare

Esercente la potestà o tutela o amministrazione di sostegno

RIVOLGE ISTANZA

Per:

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____

Residente a _____

Via _____ Tel. _____

al/alla quale la Commissione sanitaria provinciale competente ha riconosciuto per l'anno _____
il punteggio massimo di almeno due delle quattro condizioni indicate nella scheda di valutazione
"A" così raggruppate: condizione 1,2,3,6 oppure condizione 3,4,5,6 , affinché codesta
commissione rivaluti il suo caso.

_____ li _____ Firma _____

N.B.

La presente istanza deve essere spedita, entro e non oltre il **15 settembre 2014**, al seguente
indirizzo:

DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT - REGIONE MARCHE – VIA Gentile
Da Fabriano n. 3 - 60125 ANCONA