



Luogo di emissione	Numero: 19/POL	Pag. 29
Ancona	Data: 23/03/2011	

ALLEGATO "H"

MODELLO DI DOMANDA DI REVISIONE REDATTA DAL DISABILE

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

Il/La sottoscritto/a Sig./ra _____

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

RIVOLGE ISTANZA

affinché codesta Commissione rivaluti il proprio caso.

Firma _____

_____ lì _____

N.B.

La presente istanza deve essere spedita, entro e non oltre il **15 settembre 2011**, al seguente indirizzo:
DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI
REGIONE MARCHE – VIA GENTILE DA FABRIANO N. 3 - 60125 ANCONA