



Azienda Sanitaria Locale n. 4 – Teramo
Distretto Sanitario Val Vibrata - Nereto

Unione di Comuni Città Territorio
Val Vibrata Sant'Omero

MODELLO DI CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA REDATTA DAL DISABILE

Si Certifica che il/la Sig./ra

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ Via _____

È affetto da una delle seguenti condizioni:

- a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza;
- b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa;
- c) persone con grave o gravissimo stato di demenza;
- d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura;
- e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare;
- f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;
- g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo;
- i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

Data _____

FIRMA DEL SANITARIO
