

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO
AI SENSI DELLA L.162/98**

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME _____ NOME _____

HANDICAP GRAVE (Barrare la voce che interessa):

- **CONGENITO** **SI** **NO**

- **INSORTO ENTRO I 35 ANNI DI ETA'** **SI** **NO**

DATA

TIMBRO, E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
