

**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 14 ANNI PER PATOLOGIA ACQUISITA SI NO

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
