

CERTIFICAZIONE

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

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98

COGNOME _____ NOME _____

HANDICAP GRAVE (barrare la voce che interessa):

CONGENITO O COMUNQUE INSORTO ENTRO I 35 ANNI DI ETA' ☐ **SI** ☐ **NO**

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO COMPILATORE

_____, li _____
