COMUNE DI VILLAURBANA - Prot 0000547 del 26/01/2026 Tit I Cl 6 Fasc

CERTIFICAZIONE

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

MEDICO COMPILATORE

COGNONE _____ NOME _____

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

COGNONE _____ 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**

_____ , lì_____ _____