

## 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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_