

## 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

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_