

CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L.162/98 6 ANNO 2014

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
