

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO**

**AI SENSI DELLA L.162/98**

**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**

\_\_\_\_\_