

## 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**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_