

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 35 anni per patologia acquisita:
 - Si
 - No

Data, lì _____

Timbro e firma del medico compilatore
