

## **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, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico compilatore

\_\_\_\_\_