

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI
DELLA LEGGE 162/98 – ANNO _____**

MEDICO COMPILATORE

Cognome _____ nome _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

Cognome _____ nome _____

HANDICAP GRAVE (barrare la voce che interessa):

HANDICAP GRAVE CONGENITO O SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI
D'ETA'

SI NO

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
