

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA  
L.162/98 – ANNO 2017**

**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**

**TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE**

\_\_\_\_\_