

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA
L.162/98 – PROGRAMMA 2020 ATTUAZIONE ANNO 2021**

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME _____ NOME _____

HANDICAP GRAVE (Barrare la voce che interessa):

CONGENITO **SI** **NO**

-HANDICAP GRAVE CONGENITO O COMUNQUE INSORTO ENTRO I 35ANNI D'ETA':

SI **NO**

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
