

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO DEL 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 _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
