

**MEDICO COMPILATORE**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**HANDICAP GRAVE** Ai sensi della Legge 104/92  
(Barrare la voce che interessa):

- CONGENITO  SÌ  NO

- SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETÀ'  SÌ  NO

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

\_\_\_\_\_