

ALLEGATO 3E

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 SI NO

- SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETA' SI NO

DATA, TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
