

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO
PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98 – ANNO 2024**

MEDICO COMPILATORE:

COGNOME_____ **NOME** _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO L. 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
