**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L.162/98 – PROGRAMMA 2017 GESTIONE ANNO 2019**

**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 ANNI D’ETA’ : □ SI □ NO**

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**