

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME _____ NOME _____

HANDICAP GRAVE CONGENITO **SI** **NO** (Barrare la voce che interessa)

HANDICAP GRAVE INSORTO ENTRO I 14 ANNI PER PATOLOGIA ACQUISITA:

SI **NO** (Barrare la voce che interessa)

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
