

Allegato DD

MEDICO COMPILATORE

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

Destinatario del Piano Personalizzato L. 162/98

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Handicap grave ai sensi della Legge 162/98

Congenito	SI	NO
-----------	----	----

Sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età	SI	NO
------------------------------------------------------	----	----

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE

\_\_\_\_\_