

(da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale
o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Da far compilare solamente per i soggetti di età uguale o superiore ai 35 anni nel caso di handicap grave congenito o comunque insorto prima dei 35 anni ed in mancanza di documentazione sanitaria attestante che l'handicap grave è congenito o insorto prima dei 35 anni.

MEDICO COMPILATORE:

Cognome:

Nome :

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98:

Cognome:

Nome:

HANDICAP GRAVE ai sensi della Legge 104/92 art. comma 3
(barrare la voce che interessa):

→	CONGENITO	☐ SI	☐ NO
→	SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIIMENTO DEI 35 ANNI DI ETÀ	☐ SI	☐ NO

Timbro e firma per esteso del Medico Compilatore
