( 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:			
<b>HANDICAP GRAVE</b> ai sensi della Legge 104/92 art. co (barrare la voce che interessa):	omma 3		
→ CONGENITO		□ SI	□ NO
→ SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI	35 ANNI DI ETA'	□ SI	□ NO
Timbro e firma p	er esteso del Medic	o Comp	ilatore