

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME _____ NOME _____

HANDICAP GRAVE Ai sensi della Legge 104/92 (Barrare la voce che interessa):

- CONGENITO SI NO

- SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETÀ SI NO

_____.

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO COMPILATORE
