

Allegato E

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____ IL _____

HANDICAP GRAVE (Barrare la voce che interessa):

- CONGENITO SÌ NO

- INSORTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETA' per patologia acquisita'

SÌ NO

DATA, _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
