

Il presente modulo deve essere compilato dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta e/o altro medico di struttura pubblica o convenzionata che ha in carico il beneficiario del progetto.

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA
L.162/98 – PROGRAMMA 2020 ATTUAZIONE ANNO 2022**

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

COGNOME _____ NOME _____

HANDICAP GRAVE (Barrare la voce che interessa):

CONGENITO SI NO

-HANDICAP GRAVE CONGENITO O COMUNQUE INSORTO ENTRO I 35ANNI D'ETA':

SI NO

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
