

**SCHEDA SALUTE PER PREDISPOSIZIONE PIANO PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA  
L.162/98 – ANNUALITA' 2018**

**MEDICO COMPILATORE**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

**DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE N. 162/98**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

**HANDICAP GRAVE** (barrare la voce che interessa):

- **CONGENITO o INSORTO ENTRO I 35 ANNI DI ETA'**       **SI**  **NO**

DATA \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE**

\_\_\_\_\_