

**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
