

**ATTESTAZIONE HANDICAP GRAVE CONGENITO O INSORTO PRIMA DEI 35 ANNI PER  
PATOLOGIA ACQUISITA**

MEDICO COMPILATORE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DESTINATARIO DEL PIANO PERSONALIZZATO L. 162/98

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

**HANDICAP GRAVE:**

**(BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA)**

• **CONGENITO**

SI

NO

• **SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETÀ'**

SI

NO

**DATA** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE**

\_\_\_\_\_