

**IL MEDICO COMPILATORE**

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

DEL DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98 SOTTO INDICATO:

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

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A SENNORI IN VIA \_\_\_\_\_

**ATTESTA**

che l'handicap grave riconosciuto ai sensi della L.104/92 è:

- CONGENITO**
- SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETA'**

Si rilascia per tutti gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**IL MEDICO COMPILATORE**  
(Timbro e firma)

\_\_\_\_\_