

Allegato E

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

Destinatario del Piano Personalizzato L. 162/98

Cognome _____ Nome _____

Handicap grave ai sensi della Legge 162/98

Congenito SI NO

Sopravvenuto prima del compimento dei 35 anni di età SI NO

Data _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
