

**CERTIFICAZIONE PER PREDISPOSIZIONE PIANO
PERSONALIZZATO AI SENSI DELLA L. 162/98 – ANNO 2026**

MEDICO COMPILATORE:

COGNOME _____ **NOME** _____

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO L. 162/98

COGNOME _____ **NOME** _____

HANDICAP GRAVE (barrare la voce che interessa):

✓ Congenito SI NO

✓ Insorto entro i 35 anni per patologia acquisita SI NO

TIMBRO, DATA E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
