

( da compilarsi a cura del Medico di Medicina Generale  
o Medico di struttura pubblica o Medico convenzionato)

Da far compilare solamente per i soggetti di età uguale o superiore ai 35 anni nel caso di handicap grave congenito o comunque insorto prima dei 35 anni ed in mancanza di documentazione sanitaria attestante che l'handicap grave è congenito o insorto prima dei 35 anni.

**MEDICO COMPILATORE:**

Cognome: .....

Nome : .....

**DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98:**

Cognome: .....

Nome: .....

**HANDICAP GRAVE** ai sensi della Legge 104/92 art. comma 3  
( barrare la voce che interessa):

- **CONGENITO**  SI  NO
- **INSORTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETA'**  SI  NO

**Timbro e firma per esteso del Medico Compilatore**

---