

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

**Da far compilare SEMPRE per LE nuove domande soggetti di età uguale o superiore ai 35 anni  
nel caso di handicap grave congenito o comunque 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. 3 comma 3

(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**

\_\_\_\_\_