

**Al Comune di Mores**

**Ufficio Servizi Sociali**

**MEDICO COMPILATORE**

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

DESTINATARIO PIANO PERSONALIZZATO LEGGE 162/98

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

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

RESIDENTE A MORES IN VIA \_\_\_\_\_

HANDICAP GRAVE ai sensi della Legge 104/92 (Barrare la voce che interessa):

- CONGENITO ☐ SI ☐ NO –

- SOPRAVVENUTO PRIMA DEL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETA' ☐ SI ☐ NO

DATA, TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE

\_\_\_\_\_