

**ATTESTAZIONE HANDICAP GRAVE CONGENITO O INSORTO ENTRO I 35 ANNI PER
PATOLOGIA ACQUISITA**

MEDICO COMPILATORE

COGNOME _____ NOME _____

**HANDICAP GRAVE:
(BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA)**

• **CONGENITO**

SI

NO

• **SOPRAVVENUTO ENTRO IL COMPIMENTO DEI 35 ANNI DI ETA'**

SI

NO

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO COMPILATORE
