

ALLEGATO 3

Det. n. 4 del 03.02.2025

L. 162/98 – modulo per il medico curante

**Alla c.a.
del Responsabile dell'Area Politiche Sociali**

PIANI PERSONALIZZATI DI SOSTEGNO LEGGE 162/98 ANNO 2025.

**A cura del Medico di Medicina Generale o del Medico di struttura pubblica o
convenzionato che ha in cura la persona con disabilità grave**

Oggetto: Certificazione sanitaria per la predisposizione del piano personalizzato prima annualità o aggravamento della condizione sanitaria in favore del beneficiario ai sensi della L.162/98, ai fini della compilazione/aggiornamento della Scheda Salute per l'anno 2025.

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____ e residente a Samassi

in Via _____ n. _____,

(Barrare la voce che interessa)

- ha un handicap grave:
 - congenito;
 - congenito o comunque insorto entro i 35anni d'età.
- ha subito un peggioramento delle condizioni di salute, tale per cui si è ritenuto necessario l'aggiornamento della Scheda Salute (Allegato B) che verrà pertanto allegata alla presente.

Data, firma e timbro del Medico curante
