

**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: Piani personalizzati di sostegno Legge 162/98 Anno 2019.
Certificazione di aggravamento in favore di**

ai fini dell'aggiornamento della Scheda Salute per l'anno 2019.

Si certifica che il sig. _____ nato a
_____ il ____/____/_____ e residente a
Samassi in Via _____ n ____ ha subito rispetto all'anno
precedente 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.

Samassi, _____

Timbro e firma del Medico curante
