

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 2020.
Certificazione di aggravamento in favore di**

ai fini dell'aggiornamento della Scheda Salute per l'anno 2020.

Si certifica che il sig. _____ nato a
_____ il ____/____/____ e residente a
Fonni in Via _____ n ____ 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.

Fonni, _____

Timbro e firma del Medico curante
