

ALLEGATO G

CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI SPETTRO AUTISTICO

Con la presente si certifica che il/la paziente _____
nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in via _____ n. _____ da me visitato in data _____
è affetto da una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello _____ del
DSM-5.

Si rilascia su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge.

_____, il _____

Timbro e firma
del medico certificatore o del sanitario competente