



Dipartimento di Salute mentale,
Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e
dell'Adolescenza - U.O.C. dei Disturbi dello Spettro Autistico
Presidio "Aiuto Materno" - via Lancia di Brolo 10/b
90145 Palermo - tel. 091/7035451 - fax 091/7035411
email: uoc.autismo@asppalermo.org

MODULO PRENOTAZIONE CONTROLLO PER UTENTI GIÀ IN CARICO PRESSO U.O.C. DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Da compilare in tutte le sue parti e **inviare per e-mail a:** uoc.autismo@asppalermo.org

SARÀ CURA DELLA SEGRETERIA COMUNICARE IL LUOGO E L'ORA DELLA PRIMA VISITA AL RICHIEDENTE TRAMITE (scegliere una o più modalità):

stessa mail altra mail (indirizzo): _____

Telefono n. _____ Cellulare n. _____

Al momento della visita esibire il codice fiscale o la tessera sanitaria del minore.

Non è necessaria ricetta del pediatra con richiesta della visita.

DATI DEL MINORE	
Cognome	
Nome	
Nato a	
Nato in data	
Residenza (luogo e via)	
Codice Fiscale	

RICHIEDENTE	
Cognome	
Nome	
Grado di parentela (genitore, tutore, altro)	

MOTIVO DELLA RICHIESTA