



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

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

SARA' COMUNICATO IL LUOGO E L'ORA DELLA PRIMA VISITA AL RICHIEDENTE TRAMITE stessa e-mail
altra e- mail (indirizzo): _____ TELEFONO al numero: _____
 Cellulare al numero: _____

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 ail

Residenza a..... in via

Richiedente

Cognome e nome.....

Grado di parentela (genitore, tutore, altro).....:

MOTIVO DELLA RICHIESTA (Descrivere brevemente)

.....
.....

Riservato all'amministrazione

La visita è prenotata per il _____ alle ore _____ data _____

L'addetto