

FAC SIMILE

PAZIENTE

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via/c.da _____

DIAGNOSI _____

Livello _____ **classificazione del DSM 5**

g. persona con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5.

Dichiaro di aver preso visione di tutta la documentazione sanitaria specialistica in possesso del paziente.

Luogo e data _____

Firma e Timbro del medico
