

MODELLO PER LA CERTIFICAZIONE
DELLA DIAGNOSI DI DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

Con la presente si certifica che il/la minore _____
_____ nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in via _____
_____ n. _____ da me visitato/a è affetto da disturbo
dello spettro autistico.

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

_____, il _____

Timbro e firma
del medico certificatore