



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:** prenotazionevisite.autismo@asppalermo.org

SARA' 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 paziente.

Non è necessaria la prescrizione del medico.

DATI DEL PAZIENTE	
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