

**ALLEGATO G**

**CERTIFICAZIONE CONDIZIONE DI  
SPETTRO AUTISTICO**

Con la presente si certifica che il/la paziente \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ da me visitato in data \_\_\_\_\_  
è affetto da una disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello \_\_\_\_\_ del  
DSM-5.

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

\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del medico certificatore)