

**CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO PER IL CONCORSO ALLA SPESA DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A FAVORE DI PERSONE AFFETTE DA AUTISMO, PSICOSI INFANTILE, PARALISI CEREBRALE INFANTILE E MALATTIE RARE**

(Assistenza sanitaria aggiuntiva – Prestazione n. 11)

Io sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_, in qualità di

- medico pubblico/convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, specialista in \_\_\_\_\_ (per autismo, psicosi infantile, paralisi cerebrale infantile o malattia rara in paziente adulto);
- medico pubblico del Centro di Riferimento provinciale di NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (in caso di malattia rara in paziente minore);

dichiaro di avere in cura il/la Signor/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ affetto/a da:

- AUTISMO;
- PSICOSI INFANTILE;
- PARALISI CELEBRALE INFANTILE
- MALATTIA RARA \_\_\_\_\_ (indicare la patologia)

Dichiaro che il/la paziente da me seguito/a ha necessità di sottoporsi

- a prestazioni di carattere terapeutico-riabilitativo di natura
- riabilitativa;
  - comportamentale;
  - educativa;
  - comunicazionale;

e che le medesime saranno poste in essere

- in regime ambulatoriale - indicare la struttura \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ubicata a \_\_\_\_\_  
non operante nell'ambito del Servizio sanitario nazionale;
- al domicilio o altro (specificare \_\_\_\_\_)

- a prestazioni di carattere terapeutico-riabilitativo in regime di ricovero ospedaliero - indicare la struttura \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ubicata a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, non operante nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Dichiaro, inoltre, sotto la mia personale responsabilità, che quanto da me prescritto risulta appropriato alla cura della patologia da cui è affetto/a il/la paziente da me seguito/a ed in linea con gli standards di buona pratica clinica.

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma per esteso (leggibile)

\_\_\_\_\_