



ASL Brindisi

PugliaSalute

**DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

*Centro per l'Autismo Territoriale*

*P.zza Di Summa - Brindisi*

*tel. 0831/510282-3-4-5/ Fax. 0831-510317*

*email: [centroautismo@asl.brindisi.it](mailto:centroautismo@asl.brindisi.it)*

Brindisi, \_\_\_\_\_

**OGGETTO:** *Valutazione della relazione sul percorso e gli obiettivi raggiunti nel trattamento del paziente .....*

Si esprime parere positivo/negativo circa la relazione redatta in data ..... dal dott./dott.ssa .....sul percorso realizzato e gli obiettivi raggiunti dal paziente ..... nato il ..... a ....., residente a ..... in via .....

Si esprime altresì parere positivo/negativo sull'efficacia dell'intervento.

Si rilascia per gli usi consentiti.

Il Neuropsichiatra Infantile