

 <p>ASP ENNA AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p><b>Azienda Sanitaria Provinciale Enna</b></p> <p><b>U.O.C NEUROPSICHIATRIA INFANTILE</b></p> <p><b>TRIAGE TELEFONICO</b></p>	<p>v. 0.0</p> <p>01/08/2022</p> <p>Pagina 1 di 1</p>
--	---	--

---

Cognome e nome del/la minore

---

Luogo e data di nascita

Invio

---

Motivo della richiesta

---

---

Urgenza

tentativi di suicidio

sospetto autismo

epilessia

cefalea

certificazioni \_\_\_\_\_

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

Cognome e nome compilatore \_\_\_\_\_

Firma compilatore \_\_\_\_\_