DON/DOÑA (nombre y apellidos del/la profesional) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, como pediatra del Centro de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con el número de colegiado\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICA:**

Que Don /Doña (nombre y apellidos persona con trastorno del espectro del autismo o alteraciones disruptivas de la conducta), con NIF xxxx, es una persona con trastorno del espectro autista que sufre alteraciones conductuales y conductas disruptivas, que se ven agravadas por la situación de confinamiento derivada de la declaración del estado de alarma.

Por el perjuicio que puede suponer tanto para la salud como para la seguridad de la propia persona con trastorno del espectro autista y su familia, y en base al art. 2 de la Instrucción de 19 de marzo de 2020, del Ministerio de Sanidad, por la que se establecen criterios interpretativos para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 en la que se habilita a que las personas con discapacidad con alteraciones conductuales (como las personas con trastorno del espectro autista y conductas disruptivas) y un acompañante puedan salir a la calle,

Se prescribe a Don/Doña (nombre y apellidos persona con trastorno del espectro del autismo) la posibilidad de salir a la calle o pasear en coche durante breves periodos de tiempo, respetando las medidas necesarias para evitar el contagio, por indicación terapéutica, tratamiento de su discapacidad y/o condición de salud.

Y para que conste a todos los efectos, firmo el presente certificado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_de 2020

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de colegiación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_