

Al Signor Sindaco _____
del Comune di _____

Generalità del malato _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Diagnosi medica _____

CONSIDERATO che esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;

ACCERTATO che il paziente rifiuta gli urgenti interventi terapeutici richiesti dal caso;

RILEVATO che le tempestive misure sanitarie extraospedaliere adottate non risultano attualmente idonee;

il sottoscritto Dott. _____

qualifica _____

PROPONE

che alla persona in oggetto sia praticato trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera presso il Servizio Psichiatrico dell'Ospedale Civile di _____

(Firma)

CONVALIDA DELLA PROPOSTA

Il sottoscritto Dott. _____

qualifica (1) _____

VISTA la su esposta relazione sanitaria;

CONSTATATO la veridicità e l'esattezza delle notizie in essa contenute;

PRESO ATTO che attualmente non sussistono le condizioni e le circostanze che consentano l'adozione di idonee misure extraospedaliere;

CONVALIDA

ai sensi dell'art. 2 della Legge del 13 maggio 1978 n. 180, la proposta del medico, Dott. _____

_____, li _____

(Timbro e Firma)

(1) La convalida deve essere effettuata da un medico della struttura sanitaria pubblica: medico ospedaliero o medico del Servizio di Continuità Assistenziale, etc.