

 (Luogo), (data)

Class.2.5.03

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  ATS MetroMilano AOO\_ATSMIREGISTRO UFFICIALEUSCITA Prot. N.Data |

 | Al Sig. SINDACO del Comune di ……………………………………………………. |

GENERALITA’ DEL PAZIENTE

Cognome e nome: ……………………………………………………………………………………………………..

Luogo e data di nascita: ………………………………………………………………………………………………

Residenza: ………………………………….. Via ………………………………………………………………………

Cittadinanza: …………………………………………………………………………………………………………….

Su richiesta della Polizia Municipale del Comune di ..………...…..., pervenuta il …............ alle ore……

Esaminata la proposta di trattamento sanitario obbligatorio redatta dal medico proponente Dott. ………………………….., qualifica ……………….., richiamato e confermato quanto ivi attestato,

|  |
| --- |
| 🞎 **CONVALIDA** |
|  |
| ai sensi ed agli effetti dell’art. 35 della citata legge n. 833/1978 la proposta del medico curante, |
| avendo confermato: |
| * la situazione clinica e dei motivi di urgenza per i quali è necessario il TSO
 |
| * il rifiuto del paziente di sottoporsi a trattamento
 |
| * la mancanza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure extraospedaliere
 |
|  |
| Luogo e data ……………………………..……. |
|  Il Medico di Continuità Assistenziale |
|  (timbro e firma)………………………………………………………………………. |

🞎 **NON CONVALIDA**

ai sensi ed agli effetti dell’art. 35 della citata legge n. 833/1978 la proposta del medico curante,

per le seguenti motivazioni:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo e data………………………………………….

 Il Medico di Continuità Assistenziale

 (timbro e firma)

…………………………………………………………