

**CONVALIDA TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (T.S.O.)  
Ai sensi degli art. 33 - 34 – 35, Legge 23.12.1978, n. 833.**

**Data..... Ora.....**

**Al Signor Sindaco del Comune di .....**

**Il/La sottoscritt .....**

**Medico di Continuità Assistenziale Sede di .....**

**vista la proposta del Dott. ....(proponente)**

**di T.S.O. per il/la Sig./Sig.ra .....**

**nato/a a ..... il .....**

**residente a..... Via.....N.....**

**affetto da .....**

.....

.....

**ACCERTATO**

**che il pz presenta disturbi psichici che richiedono interventi terapeutici urgenti;**

**che non esiste possibilità di trattamento in strutture extra-ospedaliere**

**che il soggetto rifiuta le terapie**

**CONVALIDA**

**il trattamento sanitario obbligatorio in degenza ospedaliera, presso il Servizio Psichiatrico di**

**Diagnosi e Cura dell'Ospedale di.....**

**Il Sanitario**

---

**(Timbro e firma del Medico)**

---