

Alla Dir Centrale Polizia Municipale
Settore Operativo
Centrale Operativa
Ufficio T.S.O.
Siracusa

Il sottoscritto Dr.

in seguito a visita effettuata in data alle ore.....

per il Paziente

Signor/Signora

.....

nato/a il..... a

residente a in

piano scala interno citofono

attualmente reperibile in c/o

avendo considerato

le condizioni cliniche del paziente:

.....

.....

.....

.....

.....

la situazione familiare:

.....

.....

.....

l'opposizione del paziente alle cure, motivata da:

.....

.....

attese inoltre

la non coscienza di malattia del paziente;

la necessità di intervento terapeutico urgente, nonché la mancanza delle condizioni e delle circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie di tipo extraospedaliero

PROPONE PER IL SUCCITATO PAZIENTE
TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN REGIME DI DEGENZA OSPEDALIERA
A' SENSI E PER EFFETTO DELLA LEGGE 180/78 E DELLA LEGGE 833/78 art 33

Il Medico proponente
