



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA - P.IVA 01151150867

Modello convalida TSO

rev 0.0 2023

_____ lì _____
(luogo e data)

**AL SIGNOR SINDACO DEL
COMUNE DI _____**

Vista la proposta motivata del Dr. _____ per il Trattamento Sanitario
Obbligatorio nei fronti di _____ nato a
_____ il _____ e residente a
_____ via _____ n. ____

SI CONVALIDA

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO per la presenza dei seguenti disturbi psichici

Trasporto Secondario - Classificazione S.I.A.A.R.T.I.: _____

Prescrizione Trasporto Secondario: _____

Il medico proponente

(timbro e firma)