



rev 0.0 2023

Al Signor Sindaco **Comune di** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ in qualità (qualifica) di \_\_\_\_\_

**attesto**

che in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ in base anche alle informazioni in mio possesso, ho ragione di ritenere che il Signor/ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente e/o domiciliato in \_\_\_\_\_ piano \_\_\_\_ scala \_\_\_\_ interno \_\_\_\_ presenti alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

La mancata valutazione psichica è dipesa:

- da un allontanamento volontario della persona in oggetto
- dall'avermi Egli/Ella impedito di effettuarla, non aprendo la porta dell'abitazione che lo ospita
- dall'avermi Egli/Ella impedito di estendere la valutazione ad altro medico al fine di una convalida per TSO
- \_\_\_\_\_

Pertanto, **AVENDO CONSTATATO** che la persona in oggetto non intende accettare una visita psichiatrica

**PROPONGO UN ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO ai sensi dell'Art. 33, commi 2 e 3 e**

**dell'Art. 34 commi 2 e 3 della legge n. 833/1978** da attuarsi presso \_\_\_\_\_

- entro 48h
- entro 1 settimana

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il medico proponente

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)