



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)