



## TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Si richiede Trattamento Sanitario Obbligatorio in regime di ricovero ospedaliero per il/la Sig. \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, per la presenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgente intervento terapeutico. Il paziente rifiuta il ricovero e le cure.

Non esistono al momento attuale le condizioni per effettuare un adeguata terapia domiciliare.

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma e Timbro

\_\_\_\_\_