



**MODULO PROPOSTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO  
PER UTENTI MINORENNI  
(Art. 33-34-35 L. 833/1978)**

Al Sig. Sindaco del Comune di

.....

In data ...../...../..... lo sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa.....

.....

Medico in servizio presso

.....

ho visitato il/la minorenni

.....

nato/a il ..../..../.... a.....

e residente a ..... in via

.....

attualmente reperibile c/o

.....

che presentava la seguente sintomatologia (*descrizione circostanziata e accurata del quadro psicopatologico, delle condizioni cliniche e dei comportamenti a essa correlati e delle circostanze che, attualmente, motivano la richiesta del provvedimento*):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Pertanto:

- ritenendo che sussistano alterazioni psichiche tali da configurare una patologia psichiatrica che necessita di urgenti interventi terapeutici;



ASST Bergamo Est

- che il/la minorenne non accetta gli interventi necessari, nonostante siano stati espletati tutti i possibili tentativi di ottenere l'assenso alle cure di seguito descritti

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ai sensi degli Art. 33-34-35 L. 833/78 propongo che il soggetto sia sottoposto ad un **Accertamento Sanitario Obbligatorio** presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Alzano Lombardo.

I genitori hanno espresso il loro consenso alle cure necessarie (in allegato).

Luogo, data e ora .....

Timbro e firma del medico proponente

.....