



**MODULO CONVALIDA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA (Art. 33-34-35 L. 833/1978)**

Al Sig. Sindaco
del Comune di

In data / / io sottoscritto Dr/Dr.ssa.....
medico in servizio presso

ho visitato il sig/la sig.ra.....
nato/a il / / a
e residente a in via
attualmente reperibile a..... in via

Pertanto, ai sensi degli Art. 33-34-35 L. 833/78, **convalido la proposta** di Trattamento Sanitario Obbligatorio redatta
il / / dal dott.
integrandola come segue:

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

Luogo, data e ora

Timbro e firma del medico
.....

Per eventuali comunicazioni urgenti è possibile contattare il numero di telefono