



**MODULO CONVALIDA DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO
IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA PER UTENTI MINORENNI
(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/la minorenne
nato/a il/..../..... a
e residente a in via

Dalla suddetta visita risulta che:

- esistono alterazione psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- il/la minorenne non accetta gli interventi necessari, nonostante siano stati espletati tutti i possibili tentativi di ottenere l'assenso alle cure;
- i genitori hanno espresso il proprio consenso al ricovero e alle cure necessarie (in allegato);
- non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Pertanto, ai sensi degli Art. 33-34-35 L. 833/78, **convalido la proposta** di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) redatta il/..../..... dal dott.

in servizio presso
integrandola come segue:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si propone per il ricovero il reparto.....

Luogo, data e ora

Timbro e firma del medico

.....

Per eventuali comunicazioni urgenti è possibile contattare il numero di telefono