



Data \_\_\_\_\_

Prot.n. \_\_\_\_/\_\_\_\_

**ORDINANZA N...../..... DEL .....**

**PROVVEDIMENTO DI ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (A.S.O.)**

(Legge 13 Maggio 1978, n. 180 e Legge 23 Dicembre 1978 n. 833)

## IL SINDACO

**RICHIAMATO** il combinato-disposto degli Artt. 50 e 54 del D. Lgs 18.08.2000 n. 267 "T.U. delle Leggi sugli Ordinamenti Locali";

**VISTA** l'allegata proposta medica di Accertamento Sanitario Obbligatorio, del \_\_\_\_\_ pervenuta in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ prot. \_\_\_\_\_, con la quale il Dott/ la Dott.ssa \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_, motiva la necessità di un accertamento sanitario obbligatorio nei confronti del/della minore \_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, in quanto lo/la stesso/a presenta elementi che depongono per la necessità di una valutazione clinico psichiatrica da effettuarsi nel minor tempo possibile presso \_\_\_\_\_;

**ACCERTATO** che esistono le condizioni per disporre l'Accertamento Sanitario Obbligatorio;

**VISTA** la Legge 13 Maggio 1978, n. 180;

**VISTA** la Legge 23 Dicembre 1978, n. 833;

per quanto in premessa;

## ORDINA

Che venga effettuato, presso \_\_\_\_\_ un Accertamento Sanitario Obbligatorio (A.S.O.) secondo la proposta motivata del Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nei confronti del /della minore \_\_\_\_\_

come in atti generalizzato/a.

Che l'accompagnamento del paziente venga effettuato dall'Ufficio di Polizia Locale del Comune di \_\_\_\_\_, congiuntamente ad altri Agenti della Forza Pubblica responsabili del territorio.



## DISPONE

Che il presente atto:

- Sia consegnato assieme al referto del medico al responsabile del servizio psichiatrico dell'Ospedale presso il quale viene visitato il soggetto a fronte di ricevuta che ne attesti la consegna;
- Che l'Ufficio di Polizia Locale del Comune di \_\_\_\_\_ si attivi per accompagnare il soggetto alla visita presso \_\_\_\_\_

## Il Sindaco

=====

## Ufficio di Polizia Locale

Accompagnato il paziente Sig.ra \_\_\_\_\_, presso il P.S. di Alzano Lombardo (BG) il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Timbro dell'ospedale

IL DIRETTORE SANITARIO

\_\_\_\_\_

Gli Operatori di Polizia Locale

\_\_\_\_\_