



**MODULO COMUNICAZIONE AL SINDACO DI RICOVERO, PROROGA, CESSAZIONE,
SUPERAMENTO DELLE CONDIZIONI PER IL TRATTAMENTO IN TSO IN CONDIZIONI DI DEGENZA
OSPEDALIERA
(Art. 33-34-35 L. 833/1978)**

Al Signor Sindaco
del Comune di

Io sottoscritto Dr/Dr.ssa

in relazione al Sig/Sig.ra

Cognome..... Nome.....

data e luogo di nascita.....

residente a.....via.....

Comunico che la persona è ricoverata presso il SPDC di..... in Trattamento Sanitario Obbligatorio dal/...../.....

E formulo la proposta di PROROGA per ulteriori..... giorni

CESSAZIONE DELLE CONDIZIONI PER IL TRATTAMENTO IN TSO

Il/la ricoverato/a prosegue, pertanto, la degenza in trattamento sanitario volontario

per i seguenti motivi

.....

.....

E notifico il SUPERAMENTO DELLE CONDIZIONI PER IL TRATTAMENTO IN TSO

per i seguenti motivi

.....

.....

Luogo, data e ora:

Timbro e firma del medico

.....

Per eventuali comunicazioni urgenti è possibile contattare il numero di telefono