

**Dr.**

Medico Chirurgo

Via

Citta'

**Tel.**

---

..... li .....

Il sottoscritto Dottor  
con ambulatorio in  
via  
telefono  
dopo aver sottoposto a visita il Sig.  
nato a  
residente in

il

**DICHIARA**

- 1) di averlo trovato affetto da  
per cui sono da ritenere necessari e urgenti gli appropriati trattamenti terapeutici in condizione di degenza ospedaliera.
- 2) di avere accertato che:
  - a) gli interventi terapeutici necessari non sono stati accettati dall'infermo;
  - b) non vi sono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extra ospedaliere;

pertanto, ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, della Legge 13 Maggio 1978, n. 180,

**PROPONE**

che il Sig.  
condizioni di degenza ospedaliera.

venga sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio in

*Dr.*