



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
 Sede legale: Via G. Cusmano, 24 - 90141 PALERMO
 C.F. e P. I.V.A.: 05841760829
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
 Direttore Dr. Giorgio Serio
Modulo Dipartimentale n.1
 Direttore Dr. Lucio Bacchi
Ambulatorio di Salute Mentale Misilmeri
 Responsabile Dr. Giuseppe Romano
 Via A. De Gasperi, 3 - 90036 Misilmeri - tel 091 871 0221 - Fax 091 871 0220

Prot. N° 203/17

Misilmeri, 17/11/17 ore 14.15

1 NOV 2017

2164

Al Sindaco del Comune di MISILMERI

Alla Polizia Municipale

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ Medico Psichiatra c/o l'U.O.S. CSM I - Tel
 091 871 0221 certifica che Il/La signor/a _____
 nato/a a _____ il _____
 residente a _____ via _____ n° _____
 visitato/a in data odierna è in atto affetto/a da: _____

Poiché le alterazioni psichiche sono tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, che non vengono accettati dall'inferno, e non ricorrendo condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere, si rende necessario il ricovero in regime di T.S.O. - norma della legge 180/78 e dell'art. 34 della legge n. 833/78 - presso il S.P.D.C. di _____
 data _____

PROPOSTA

Reg. Sic. A.S.P.-PALERMO
 Dipartimento di Salute Mentale
 Dr. Maria Rosette Lotta
 Dirigente Psichiatra
 Ag 3122 EMPAM 300170314B

Il/La sottoscritto/a Dr. _____, Rec. Tel. CSM I 091 871 0221 ai sensi dell'Art. 34 legge
 23/12/78 n. 833 CONVALIDA _____

Il paziente in atto si trova _____

Il SPDC _____ contattato in data odierna alle ore _____ nella persona
 dell'operatore _____ rec. Tel. _____ è disponibile al ricovero.

COMUNE DI _____

IL SINDACO

ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 13/05/1978 n. 180

DISPONE

Nei confronti della persona sopra indicata il Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.) presso il Servizio di Psichiatria dell'Ospedale di _____

Copia del presente provvedimento sarà notificato al Giudice Tutelare di _____

Data _____

IL SINDACO