Prot. n° /

Al Sig. Sindaco

del Comune di ….....

In data …./…./..... io sottoscritto Dr. ….....

Medico in servizio presso ….....

ho visitato il sig/la sig.ra ….....

nato/a il …./…./..... a ….....

e residente a …..…..... in via ….....

Dalla suddetta visita risulta che:

….....

….....

….....

….....

….....

….....

Pertanto convalido la proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio redatta

dal dott. …..... in data …./…./..... .

Si propone l'Ospedale di .....

Luogo e data .....

Timbro e firma del medico convalidante

_____

Per eventuali comunicazioni urgenti è possibile contattare il numero di telefono _____