

All'attenzione del
Sindaco di

RICHIESTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO)

Io sottoscritto Dott. Medico Chirurgo / Psichiatra presso
....., certifico che in data/...../..... ho visitato / ho
tentato di visitare senza però riuscirvi per i seguenti motivi

.....
.....
.....

il signor, nato a
il/...../..... .

In base ai dati in mio possesso e alle valutazioni sanitarie da me effettuate ho
ragione di ritenere che il paziente soffra di un disturbo psichico da valutare
con attenzione in ambito specialistico.

Visto che la persona non intende accettare una valutazione clinica
psichiatrica propongo pertanto un Accertamento Sanitario Obbligatorio
(ASO) da attuarsi il prima possibile da parte di un medico-psichiatra della
struttura pubblica..... in un luogo idoneo.

In fede,

..... luogo e data.....

.....
Timbro e Firma