

RICHIESTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO)

Ai sensi degli art.33-34-35, della Legge 23.12.1978, n.833

Dott.

In qualità di Medico di (barrare):

o Medicina Generale

o Continuità Assistenziale della sede di

o altro:

Ho visitato il/la Sig./Sig.ra..... nato/a a

..... il residente

a..... Via.....N..... che presenta la seguente
sintomatologia

.....

.....

.....

In base ai dati in mio possesso ho ragione di ritenere che il paziente soffra per un disturbo psichico.
Visto che non intende accettare una visita psichiatrica propongo pertanto accertamento sanitario
obbligatorio da attuarsi il prima possibile da parte di medico psichiatra della struttura pubblica.

luogo e data

.....

Timbro e Firma

.....