

RICHIESTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

Dott.
Medico Chirurgo.
Via
Citta'

Certifico che in data ho visitato / ho tentato di visitare senza però
riuscirvi per i seguenti motivi

il signor

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

.....
firma