

## MODULO TSO

Lì, ..... ore .....

Si richiede trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero ospedaliero per il/la

Sig./Sig.ra ..... nato a .....,

il ....., residente a .....

in via .....

Il suddetto presenta stato di agitazione psicomotoria e alterazioni psichiche tali da richiedere urgente intervento terapeutico.

La proposta di ricovero non viene accettata dal Paziente e non ci sono, al momento presente, condizioni o circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure curative extra-ospedaliere.

In fede

.....

(Firma)