Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Bergamo Ovest	MODULO COMUNICAZIONE AL SINDACO DI RICOVERO, PROROGA, DIMISSIONE, SUPERAMENTO DELLE CONDIZIONI PER IL TRATTAMENTO IN TSO (Art. 3 L 13 maggio 1978, n° 180)	Mod4PODSM-D04 Data: 28/06/18 pag. 1	Rev.: 1 di 1

Prot. n° /

Al Signor Sindaco

COMUNE DI_____

PROVINCIA DI _____

Il sottoscritto Dr. _____

dipendente presso il SPDC dell'Azienda Ospedaliera Treviglio, in relazione alla situazione clinica del

Cognome_____ **Nome**_____

data e luogo di nascita_____

residente a_____ **via**_____

tel._____

comunica che lo stesso è ricoverato presso il SPDC dell'Azienda Ospedaliera di Treviglio in Trattamento Sanitario Obbligatorio dal ___/___/___.

Per i seguenti motivi

_____

_____

_____

Formula la proposta di ☐ PROROGA per ulteriori _____ giorni

☐ DIMISSIONE

☐ SUPERAMENTO DELLE CONDIZIONI PER IL TRATTAMENTO IN TSO

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico

_____