



PROPOSTA DI ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (A.S.O.)

Il sottoscritto Dott. _____

DICHIARA

che in data _____ alle ore _____ nel seguente luogo

ha raccolto elementi per la valutazione della situazione sanitaria del/la Sig./ra

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____ e ai sensi dell'art.

1/2/3/ L. 180/78 e art. 33/34/35 propone che l'assistito di cui sopra sia sottoposto ad Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO), da effettuarsi con urgenza presso

per i seguenti motivi:

(esplicitare fonte dell'informazioni sul paziente, ipotesi diagnostica, sintomatologia, comportamenti/condotta, compliance al trattamento, eventuali situazioni di rischio)

Luogo e data

timbro e firma del medico