|  |
| --- |
| Collocamento terapeutico volontario di |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome |  |
| Data di nascita |  |  |  |
| Indirizzo |  | CAP e località |  |
|  |  |  |  |

 |

Con il presente certifico che il paziente summenzionato:

□ è in mia cura da \_\_\_\_\_ mesi/anni *(sottolineare l’unità corrispondente al numero inserito)*

□ consuma regolarmente oppiacei da \_\_\_\_\_ mesi/anni *(sottolineare l’unità corrispondente)*

□ consuma regolarmente altre sostanze\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ ha già beneficiato di \_\_\_\_\_\_cura/e metadonica/e nel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ necessita di una disintossicazione fisica in ospedale

□ ha già beneficiato di \_\_\_\_\_\_cura/e di disintossicazione fisica nel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ il paziente summenzionato è seguito in collaborazione con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Osservazioni

Nome leggibile del medico e timbro con indirizzo Firma del medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Da inviare tramite l’ente collocante a |
| Delegata per le dipendenze, signora Lucia Galgano

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\idgi002\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\3Tavola disegno 44@300x.png | Divisione della salute pubblica, Piazza Governo 7, 6500 Bellinzona |
| C:\Users\idgi002\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\3Tavola disegno 52@300x.png | dss-dsp.tossicomanie@hsn.ti.ch |
| C:\Users\idgi002\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\3Tavola disegno 50@300x.png | 091 814 30 42 |

 |