

**COMUNE DI POGLIANO MILANESE**  
**CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO**

(REG. INT. N. 5)

**AREA VIGILANZA**

**Ordinanza n. 5**  
**Del 12-03-2018**

**OGGETTO: A.S.O. proposta medica del Centro Psico Sociale  
della U.O.P. 42 – Azienda Ospedaliera Salvini di  
Garbagnate Milanese in data 12/03/2018.**

## IL SINDACO

**Vista** la Legge 13 maggio 1978 n. 180;

**Vista** la Legge 23 dicembre 1978 n.833;

**Vista** l'allegata proposta medica del 12/03/2018 pervenuta tramite fax al Comando di Polizia Locale alle ore 10.00, mediante la quale la **Dott.ssa Roberta Paleari del Centro Psico Sociale della U.O.P. 42 – Azienda Ospedaliera Salvini di Garbagnate Milanese** segnala la necessità di un accertamento sanitario obbligatorio (A.S.O.) nei confronti di **Omissis** nato a **Omissis** il **Omissis**, residente a **Omissis** via **Omissis**, adducendo le seguenti motivazioni “ **Instabilità emotiva, interpretatività e vissuti persecutori riferiti accompagnati da comportamenti minacciosi e attivo isolamento relazionale** ”

**Richiamata** la predetta proposta, alla quale si fa rinvio per ogni effetto di Legge;

## DISPONE

che venga effettuato un Accertamento Sanitario Obbligatorio nei confronti di: **Omissis** in premessa **identificato** mediante accompagnamento al Pronto Soccorso di Rho, avvalendosi se opportuno della collaborazione di personale sanitario e di ambulanza. In caso di rifiuto del soggetto all'esecuzione del provvedimento, si dispone agli agenti esecutori di contattare la struttura medica richiedente il provvedimento per richiedere indicazioni in relazione alla necessità di effettuare intervento anche coattivo con potenziale rischio per la salute del paziente interessato.

Per l'esecuzione del presente provvedimento è incaricata la Polizia Locale di Pogliano Milanese e le altre forze di Polizia.

Pogliano Milanese, 12 marzo 2018

IL SINDACO  
Dr. VINCENZO MAGISTRELLI

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.*

\*\*\*\*\*  
L'accertamento in esecuzione della presente ordinanza è avvenuto in data: \_\_\_\_\_ alle  
ore \_\_\_\_\_ Agenti esecutori \_\_\_\_\_

**Timbro e firma dell'Autorità sanitaria cui viene consegnato il paziente**

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.*