AL GIUDICE TUTELARE

TRIBUNALE DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ricorso per convalida del consenso alla vaccinazione anticovid19 ex art. 5 comma 5 DL 1/2021 per soggetto incapace ricoverato presso struttura**

Il sottoscritto dott.ssa/dott, (cognome e nome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nella sua qualità di

□ Direttore sanitario della struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Responsabile medico della struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Direttore Sanitario dell’ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Delegato del Direttore sanitario dell’ASL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Constatato che il sig./la sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domiciliato presso

*(Se diverso dalla residenza)*

degente presso la struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

constatato, dopo attenta verifica ed esame della documentazione clinica, che la persona ricoverata non è in condizione di esprimere il consenso libero e consapevole alla somministrazione del vaccino contro il COVID-19 (si allega documentazione medica) in quanto affetto da:

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

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

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

□ è privo di tutore, curatore o amministratore di sostegno

o

 □ a suo favore è stato nominato il seguente □tutore □ curatore □ amministratore di sostegno ovvero □fiduciario di cui all’articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che non è stato reperibile per almeno 48 ore;

□ Rilevato che non risultano DAT a conoscenza di questa struttura;

□ Rilevato che risultano DAT così formulate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Si dà atto altresì che

□ non è stato possibile reperire il coniuge, o la persona parte di unione civile o stabilmente convivente o nessuno dei parenti entro il terzo grado a partire dal più prossimo;

□ non sono note le generalità di nessuna delle persone sopra indicate;

□ non esiste nessuna persona che rientri nelle categorie di cui sopra rispetto all’interessato;

Accertato che la somministrazione del vaccino contro il Covid-19, e successivi eventuali richiami, costituisce un trattamento idoneo ad assicurare la migliore tutela della persona ricoverata;

PRESTATO IL CONSENSO nella propria qualità di amministratore di sostegno al solo fine previsto al comma 2 del D.L. 1/2021.

**CHIEDE LA CONVALIDA DEL CONSENSO**

**alla somministrazione del trattamento vaccinale anti Covid-19 e dei successivi eventuali richiami**

1. TRASMETTE la documentazione medica comprovante lo stato di incapacità a manifestare il consenso;
2. Trasmette in allegato il consenso scritto di cui alle “*Raccomandazioni per l’organizzazione della campagna vaccinale contro SARS-CoV/COVID-19 e procedure di vaccinazione*” redatte dal Ministero della Salute;
3. Trasmette la eventuale altra documentazione comprovante la sussistenza dei presupposti di cui ai commi 1, 2, 3 dell’art. 5 D.L 1/2021;
4. Si allega documento di identità del sottoscritto amministratore
5. Si allega documento d’identità della persona interessata al procedimento

Ai fini della comunicazione di cui al comma 7 dell’art. 5 del D.L. 1/2021 si segnala l’indirizzo di posta elettronica certificata cui inviare il decreto di convalida:

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 L’AMMINISTRATORE EX ART. 5 DL 1/2021

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