AL GIUDICE TUTELARE

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

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

**Istanza 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ è privo di tutore, curatore o amministratore di sostegno

 □ 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 (si allega documentazione relativa alle ricerche effettuate);

Ritenuto, 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:

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

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

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

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;**

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

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

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

Rilevato 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;

□ il coniuge, o la persona parte di unione civile o stabilmente convivente o il parente più prossimo entro il terzo grado hanno dichiarato di essere indisponibili ad occuparsi del consenso informato per l’interessato;

Nella propria qualità di amministratore di sostegno al solo fine della prestazione del consenso, come 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**

Si allega documento di identità del sottoscritto amministratore

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

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