AL GIUDICE TUTELARE

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

[PEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_](mailto:tutele.tribunale.genova@giustiziacert.it)

**Ricorso ex art. 3 comma 5 legge 219/2017 richiamato dal comma 4 art. 5 d.l. 1/21 per dissenso dei parenti consultati al trattamento sanitario del vaccino anti covid-19 di soggetto incapace ricoverati presso strutture sanitarie assistite o presso analoga struttura comunque denominata per convalida del consenso alla vaccinazione anticovid19 ex art. 5 comma 5 DL 1/2021**

Si trasmette ricorso ex art. 3 comma 5 l. 219/2017 richiamato dal comma 4 art. 5 dl. 1/21

Persona per cui si chiede di procedere alla vaccinazione:

sig. /sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ricoverato presso la struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ricorrente:

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

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

PER LA STRUTTURA

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

**RICORSO AL GIUDICE TUTELARE**

**EX ART. 3 COMMA 5 LEGGE 219/2017 richiamato dal comma 4 art. 5 D.L. 1/21**

**PER DISSENSO DEI PARENTI CONSULTATI**

**AL TRATTAMENTO SANITARIO DEL VACCINO ANTI COVID-19**

**DI SOGGETTO INCAPACE RICOVERATI PRESSO STRUTTURE SANITARIE ASSISTITE** **O PRESSO ANALOGA STRUTTURA COMUNQUE DENOMINATA**

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 risulta alcuna Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) a conoscenza di questa struttura;

□ Rilevato che risulta una Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) □ non idonea o □ idonea per l’espressione del consenso nel presente caso così formulata:

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

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

Rilevato che è stato sentito:

□ il coniuge

□ la persona parte di unione civile

□ la persona stabilmente convivente

□ il seguente parente più prossimo entro il terzo grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E che tale persona ha espresso DISSENSO alla **somministrazione del trattamento vaccinale anti Covid-19 e dei successivi eventuali richiami (si allega documentazione dell’esito del colloquio con tale persona)**

Nella propria qualità di amministratore di sostegno al solo fine della prestazione del consenso, come previsto al comma 2 del D.L. 1/2021.

**RICORRE**

**ai sensi dell’articolo 3, comma 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219,**

**AL GIUDICE TUTELARE**

**per richiedere di essere autorizzato a effettuare comunque la vaccinazione alla somministrazione del trattamento vaccinale anti Covid-19 e dei successivi eventuali richiami**

A tale fine evidenzia quanto segue:

a) in ordine alla opportunità/necessità che il vaccino sia somministrato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

b) in ordine al consenso che presumibilmente la persona interessata avrebbe espresso se ne fosse stato capace risulta che l’interessato:

□ Non ha mai espresso, quando ne era capace, esplicito dissenso in ordine alla somministrazione di trattamenti sanitari (allegare eventuale documentazione sui trattamenti sanitari praticati alla persona ricoverata)

□ Ha espresso, quando ne era capace, consenso alla somministrazione di trattamenti sanitari (allegare eventuale documentazione sui trattamenti sanitari praticati alla persona ricoverata) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Si può presumere che anche nel presente caso avrebbe espresso il consenso al trattamento per i seguenti motivi (desunti dalla personalità, stile di vita, valori di riferimento, convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

L’AMMINISTRATORE EX ART. 5 DL 1/2021

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

Si allega documento dell’amministratore ricorrente e documento d’identità della persona interessata al procedimento