**(all 2)**

**TRIBUNALE DI UDINE**

**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

**COMUNICAZIONE PER LA CONVALIDA DEL CONSENSO ALLA VACCINAZIONE**

**PEC: volgiurisdizione.tribunale.udine@giustiziacert.it**

Il sottoscritto (nome, cognome, c.f.) ………………………………………………………...……….,

nato/a a .......................................(….), il ......................................................,

nella sua qualità di:

* direttore sanitario o di responsabile medico della residenza sanitaria assistita - RSA sita in …………..…
* direttore sanitario o di responsabile medico della struttura di accoglienza avente analoga finalità sita in …………...
* direttore sanitario della ASL o suo delegato

**visto l’art. 5, comma 5, D. L. n. 1/2021;**

constatato che l’ospite di seguito indicato, privo di tutore, curatore o amministratore di sostegno, o avente amministratore di sostegno privo di poteri in materia sanitaria, non è in condizione di esprimere il consenso libero e consapevole alla somministrazione del vaccino contro il COVID-19, come documentato da certificato medico allegato, e accertato che tale trattamento è idoneo ad assicurare la migliore tutela della persona ricoverata;

**considerato che non è possibile procedere ai sensi dell’art. 5, comma 4, d.l. 5/2021, per difetto di disposizioni di volontà dell'interessato, anticipate o attuali, e per irreperibilità o indisponibilità del coniuge, della parte di unione civile o della persona stabilmente convivente o il parente più prossimo entro il terzo grado,**

COMUNICA

ai sensi dell’art. 5, comma 5 del D. L. n. 1/2021 al Giudice tutelare

**il proprio consenso**

al trattamento vaccinale in favore del seguente ospite:

Nome …………...................................................................................................

Cognome …………............................................................................................

Nato/a il …….......... a ...........................(……)

Residente in ..........................................................(….) in via ..........................................................

Domicilio: ...............................

CHIEDE

che ogni comunicazione relativa al presente procedimento sia inviata al seguente indirizzo di posta elettronica………………………………………………………….…………………………………..

**Allega**

1. Documento di identità della parte ricorrente.
2. Documento d’identità della persona interessata al procedimento.
3. Certificazione delle patologie di cui è affetto l’interessato/a e attestazione che in conseguenza delle stesse l’interessato/a non è in condizione di esprimere il consenso libero e consapevole alla somministrazione del vaccino contro il Covid-19;
4. Certificazione con cui si accerta che la somministrazione di vaccino è idonea ad assicurare la migliore tutela della persona ricoverata in quanto e non è controindicata rispetto all’anamnesi dell’interessato/a).

Luogo e Data

………………...........

FIRMA

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

(*leggibile*)