**Schema per la presentazione del ricorso ai sensi dell'art. 3 comma 5 della Legge 219/17**

da utilizzare quando il Responsabile Sanitario della struttura non può verificare la volontà dell'interessato e i familiari dissentono.

La trasmissione del ricorso al Giudice Tutelare può avvenire con una delle seguenti modalità:

         invio con PCT tramite avvocato,

         Per la Provincia di Brescia: invio a mezzo PEC con oggetto:

"Ricorso ai sensi dell'art.3 comma 5 legge 219/17 per il sig....................CF........................"

all'indirizzo PEC *volgiurisdizione.tribunale.brescia@giustiziacert.it*

         Per la Provincia di Sondrio: invio a mezzo PEC con oggetto:

"Ricorso ai sensi dell'art.3 comma 5 legge 219/17 per il sig....................CF........................"

all'indirizzo PEC *civile.tribunale.sondrio@giustiziacert.it*

         Per la Provincia di Como: invio a mezzo PEC con oggetto:

"Ricorso ai sensi dell'art.3 comma 5 legge 219/17 per il sig....................CF........................"

all'indirizzo PEC del Giudice Tutelare di Como

Qualora si utilizzi la PEC, si raccomanda di indicare con precisione l’oggetto sopra specificato; gli allegati dovranno essere elencati nel ricorso e dovrà essere inviata una PEC per ogni ospite.

Si sottolinea la necessità di dare opportuna evidenza alle motivazioni che sono alla base del dissenso/parere negativo al trattamento vaccinale espresso dai famigliari dell’interessato.

A tal fine si suggerisce di allegare al ricorso una dichiarazione del/i famigliare/i che espliciti chiaramente l’opposizione e le ragioni che ne sono all’origine. Ciò per favorire la responsabilizzazione dei parenti, oltre che per agevolare l’istruttoria e i tempi del ricorso (per il quale, si rammenta, non sussiste il *meccanismo del silenzio,* previsto invece per le convalide).”

Pertanto i ricorsi devono essere corredati di:

* Copia del formale dissenso o dichiarazione circostanziata da parte del Responsabile Sanitario in relazione alla raccolta del dissenso stesso.
* Indicazione dei dati anagrafici, residenza e mail del dissenziente, per consentire agli uffici del Tribunale le comunicazioni necessarie.

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AL SIG. GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI …………………

**Ricorso ai sensi dell’art.3 comma 5 legge 219/2017 richiamato dall’art.5 comma 4 d.l. 1/2021**

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di Responsabile Sanitario della struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

segnala che:

il Sig./a

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ricoverato/a dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**a) si trova** **in condizioni di incapacità naturale a causa delle infermità indicate nell’allegata documentazione medica**;

**b) le** **condizioni di salute della persona ricoverata non le consentono di esprimere una volontà consapevole in relazione alla somministrazione del vaccino, né la stessa ha in precedenza espresso una volontà sui trattamenti sanitari ai sensi dell’art.4 legge 219/2017 (DAT);**

**c) è stato sentito il coniuge /la persona parte di unione civile o stabilmente convivente o, in difetto, il parente più prossimo entro il terzo grado, che ha espresso il rifiuto al vaccino anti Covid-19;**

**d) il trattamento vaccinale anti Covid 19 previsto in favore della persona ricoverata assicura la migliore tutela della sua salute;**

**chiede**

**l’autorizzazione ad effettuare comunque la vaccinazione sulla persona sopra indicata.**

**La richiesta riveste un carattere di urgenza**

**Allega:**

**1) documentazione medica attestante l’incapacità naturale della persona ricoverata;**

**2) il rifiuto della persona indicata alla lett. c) o la dichiarazione da parte del direttore sanitario dell’intervenuto rifiuto;**

***-----------------------,--------------------*** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(luogo) (data)* *(firma e timbro del medico)*