**AL GIUDICE TUTELARE PRESSO IL TRIBUNALE DI** **:** *(indicare con una crocetta il tribunale di riferimento)*

 **BRESCIA**

 **SONDRIO**

 **COMO**

Oggetto: ricorso per convalida consenso informato d.l. 1/2021

relativo a

COGNOME…………….NOME……………, nato a …………..il…………. C.F. ………………, residente a …………………..via………………….

**ospite della struttura**

Denominazione struttura……………., ubicata a………………...in via………………………... , PEC …................@.......... (importante segnalare la PEC per poter ottenere la risposta)

\* \* \*

**IPOTESI A: INVIO TRAMITE PCT ED AVVOCATO**

Va utilizzato il registro VOLONTARIA GIUSRIDIZIONE e l'oggetto 413999 - Altri istituti di competenza del giudice tutelare

Il sottoscritto avv. …. …. per incarico di COGNOME NOME ………………... Responsabile sanitario della struttura sopra indicata, trasmette il consenso informato sottoscritto il gg/mm/2021 dal mandante indicato, relativo al/alla sig./sig.ra COGNOME NOME, chiedendone la convalida ai sensi art. 5 comma 5 d.l. 1/2021.

All'uopo fa presente che:

1. il consenso non è stato sottoscritto dall'interessato, impossibilitato a farlo perché …. (breve esposizione) come confermato da … (certificazione medica con specificazione infermità o altro, da allegarsi)
2. la persona per cui è stato firmato il consenso è assistita da Amministratore di sostegno (o tutore o curatore o incaricato DAT) non reperito nelle 48 ore, dal … al ...
3. ovvero, in alternativa: la persona per cui è stato firmato il consenso non è assistita da ADS, tutore o curatore e non ha redatto DAT, e i parenti di cui all'art. 5 dl 1/2021
	1. non sono noti
	2. non sono stati reperiti seppur ricercati da COGNOME E NOME tramite …..…. (se possibile allegare documentazione, mail, telegramma, ovvero riferite dei tentativi di contatto telefonico e il numero cercato)

Ai fini della comunicazione della convalida chiede la trasmissione a mezzo PCT alla pec di mittenza del presente ricorso.

Data…………... Firma…………………………………...

Allegati:

1. consenso informato (anche per estratto, prima pagina con intestazione e fogli sottoscritti)
2. documentazione medica (2a visita medica 2b certificazione in data … 2c valutazione MMSE ecc….)
3. eventuale documentazione circa dichiarazioni parenti o loro ricerche

**IPOTESI B: TRASMISSIONE A MEZZO PEC SEMPLICE**

Il sottoscritto COGNOME NOME ……….... ….. Codice Fiscale ………...…….…........in qualità di Responsabile Sanitario struttura …………………………..…….trasmette il consenso informato che ha sottoscritto in data …………….…. per il/la sig./sig.ra COGNOME NOME …………………., ai sensi dell'art. 5 d.l. 1/2021 e ne chiede la convalida.

All'uopo fa presente che:

1. il consenso non è stato sottoscritto dall'interessato, impossibilitato a farlo perché …. (breve esposizione) come confermato da … (certificazione medica con specificazione infermità o altro, da allegarsi)
2. la persona per cui è stato firmato il consenso è assistita da Amministratore di sostegno (o tutore o curatore o incaricato DAT) non reperito nelle 48 ore, dal … al ...
3. ovvero, in alternativa: la persona per cui è stato firmato il consenso non è assistita da ADS, tutore o curatore e non ha redatto DAT, e i parenti di cui all'art. 5 dl 1/2021
	1. non sono noti
	2. non sono stati reperiti seppur ricercati da COGNOME E NOME tramite …..…. (se possibile allegare documentazione, mail, telegramma, ovvero riferite dei tentativi di contatto telefonico e il numero cercato)

Ai fini della comunicazione della convalida chiede la trasmissione alla PEC di mittenza del presente ricorso.

Data………………... Firma…………………………..

Allegati:

1. consenso informato (anche per estratto, prima pagina con intestazione e fogli sottoscritti)
2. documentazione medica (2a visita medica 2b certificazione in data … 2c valutazione MMSE ecc...)
3. eventuale documentazione circa dichiarazioni parenti o loro ricerche