

Prot. 23/2021<sup>1</sup>



*Tribunale di Trieste*  
Presidenza

Alla Regione Friuli Venezia Giulia - Direzione Salute

Al Comune di Trieste – Assessorato alle politiche sociali con preghiera di inoltro a tutte le Case di Riposo del Territorio, all'attenzione del sig. Assessore Carlo Grilli ed al Direttore dott. Mauro Silla

All'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

Agli Ordini degli Avvocati e dei Medici e degli Odontoiatri di Trieste per inoltro agli iscritti

All'associazione AsSostegno

Ai Magistrati

Alle Cancellerie civili

OGGETTO:: articolo 5 del D. L. n. 1/2021 - Manifestazione del consenso al trattamento sanitario del vaccino anti Covid-19 per i soggetti incapaci ricoverati presso strutture sanitarie assistite.

Visto il D. L. n. 1/2021, allo scopo di rendere uniformi le comunicazioni a questo Ufficio Giudiziario si dispone che le comunicazioni previste dal comma 5, dell'articolo 5 del D. L. n.1/2021, devono essere presentate utilizzando il modello allegato (allegato 1), all'indirizzo di posta elettronica: [giudicetutelare.tribunale.trieste@giustiziacert.it](mailto:giudicetutelare.tribunale.trieste@giustiziacert.it) esclusivamente nelle giornate dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 13 ed il venerdì entro le ore 11.00, per garantire il rispetto dei termini di legge per il giudizio di convalida e per le successive comunicazioni.

Si precisa che il deposito delle comunicazioni non comporta alcun onere finanziario per la parte e non prevede la presentazione della nota d'iscrizione a ruolo.

Si dispone altresì che i ricorsi previsti dal comma 4, dell'articolo 5 del D. L. n.1/2021 vengano presentati utilizzando il modello allegato (allegato 2).

Si pubblichi nel sito WEB del Tribunale.

Trieste, 7 gennaio 2021.

Il Presidente della Sezione Civile

La Dirigente Amministrativa

Il Presidente del Tribunale

**TRIBUNALE DI TRIESTE**  
**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

Il sottoscritto (nome, cognome) .....,  
nato/a a .....(.....), il .....,  
nella sua qualità di direttore sanitario, o, in mancanza, di responsabile medico della residenza sanitaria  
assistita - RSA sita in ..... o della struttura di accoglienza avente analogo finalità sita  
in ...../nella sua qualità di direttore sanitario della ASL o suo delegato

**visto l'art. 5, comma 4, D. L. n. 1/2021;**

constatato che l'ospite di seguito indicato, privo di tutore, curatore o amministratore di sostegno,  
oppure munito di amministratore di sostegno privo di poteri in ambito sanitario, 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;

sentiti i congiunti (coniuge o la persona di unione civile o stabilmente convivente o, in difetto, il  
parente più prossimo entro il terzo grado) e **constatato il loro rifiuto alla somministrazione della  
vaccinazione anti-Covid 19**

---

**RICORRE**

ai sensi dell'art. 3, comma 5, della legge 22 dicembre 2017, n. 219 e dell'art. 5, comma 4, del D. L.  
n. 5 /2021 al Giudice tutelare affinché sia autorizzato a effettuare comunque la vaccinazione in favore  
del seguente ospite:

NOME .....

COGNOME .....

NATO/A IL ..... a .....(.....)

RESIDENTE IN .....(.....) in via .....

DOMICILIO: (es. coincidente con la residenza/ presso la Casa di Cura sita in .....) )

**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. Documentazione medica comprovante la sussistenza dei presupposti di cui al comma 1, dell'art. 1  
del D. L. n. /2021 (-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; - certificazione con cui si accerta  
che la somministrazione di vaccino è idonea ad assicurare la migliore tutela della persona ricoverata  
in quanto non controindicata rispetto all'anamnesi dell'interessato/a).

Luogo e Data

.....

FIRMA

\_\_\_\_\_  
(leggibile)

**TRIBUNALE DI TRIESTE**  
**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

Il sottoscritto (nome, cognome) .....,  
nato/a a .....(.....), il .....,  
nella sua qualità di direttore sanitario, o, in mancanza, di responsabile medico della residenza sanitaria  
assistita - RSA sita in ..... o della struttura di accoglienza avente analoga finalità sita  
in .....

(ovvero)

nella sua qualità di 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,

(ovvero)

munito di amministratore di sostegno privo di poteri in ambito sanitario, 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 dei soggetti di cui al primo periodo dell'art. 5, comma 4, d.l. 5/2021 nelle precedenti 48 ore**

---

COMUNICA

ai sensi dell'art. 5, comma 5, del D.L. n. 5/2021 al Giudice tutelare il consenso al trattamento vaccinale di cui all'art. 5, comma 2, del D. L. n. 5 /2021 in favore del seguente ospite:

NOME .....

COGNOME .....

NATO/A IL ..... a .....(.....)

RESIDENTE IN .....(.....) in via .....

DOMICILIO: (es. coincidente con la residenza/ presso la Casa di Cura sita in .....) )

CHIEDE

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

**ALLEGA**

1. Documento d'identità della persona interessata al procedimento.
2. Documentazione medica comprovante la sussistenza dei presupposti di cui al comma 1, dell'art. 1 del D. L. n. /2021 (-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; - certificazione con cui si accerta che la somministrazione di vaccino è idonea ad assicurare la migliore tutela della persona ricoverata in quanto non controindicata rispetto all'anamnesi dell'interessato/a).

**N.B. La comunicazione andrà effettuata all'indirizzo di posta elettronica: giudicetutelare.tribunale.trieste@giustiziacert.it esclusivamente nelle giornate dal lunedì al giovedì dalle ore 8.00 alle ore 13 ed il venerdì entro le ore 11.00, per garantire il rispetto dei termini di legge per il giudizio di convalida e per le successive comunicazioni.**

Luogo e Data

FIRMA (leggibile e possibilmente con timbro della struttura)