**AL SIG. GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI CREMONA**

Il sottoscritto Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirigente Medico presso la ……………………………………………………………………………………………

**□ ASST di CREMONA □ Casa di Cura □ RSA /RSD**

**DATI ENTE**

**ESPONE IN FATTO E IN DIRITTO**

Che il Sig./a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ricoverato dal giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso l’Unità Operativa/Reparto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del

**□ Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ Casa di cura**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**□ RSA/RSD di**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si trova nella impossibilità totale (oppure parziale) e permanente (oppure temporanea) di provvedere ai propri interessi a causa delle seguenti infermità, come da allegato certificato del medico.

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

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

Rilevato che, come si evince dalla documentazione medica allegata, si rende necessario intervenire sottoponendo la/il beneficiaria/o alle seguenti cure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e che il ritardo nell’intervento sarebbe causa di significativo pregiudizio alla salute dello stesso.

Rilevato che il/la Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, non è in grado di essere adeguatamente informato sul suo stato di salute e sulle cure sopra indicate.

Rilevato che, pertanto, si rende necessaria la nomina di un Amministratore di Sostegno, anche in via provvisoria, che possa rappresentare (oppure assistere) il predetto Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nel compimento degli atti di seguito precisati al fine di curarne, nel miglior modo possibile, la salute, di tutelarne le esigenze esistenziali.

Allo stato si/non conoscono i rapporti di coniugio o parentela (figli, ascendenti, fratelli) o convivenza ne’ se la persona è beneficiaria di beni, titolare di pensione, proprietaria di immobili.

La persona è attualmente impossibilitata a recarsi in Tribunale**: □ SI □ NO**

**SULLA BASE DI QUANTO ESPOSTO SI CHIEDE**

Che la S.V. voglia nominare un Amministratore di Sostegno ad acta o in via provvisoria, al predetto/a Sig./ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ affinché possa rappresentarlo nel compimento del seguente atto:

- Prestare il consenso informato per cure e trattamenti sanitari che si rendono necessari per la salute della persona, per il trattamento dei dati personali e sensibili.

- Ricevere informazioni da parte del personale sanitario che ha in cura il beneficiario sulle condizioni di salute e sulle terapie effettuate e da effettuarsi

**LA RICHIESTA RIVESTE UN CARATTERE DI URGENZA**

**Allegati:**

**1)Relazione medica**

**2) Documento identità ricorrente.**

**3) Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***-----------------------,--------------------***

*(luogo) (data di sottoscrizione)* Il ricorrente

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

*(firma e timbro del medico)*

**Ai fini della comunicazioni da parte della Cancelleria della Volontaria Giurisdizione del Tribunale, si prega voler contattare:**

* Direzione Medica Presidio Ospedaliero di …………………………………………………………………….
* Direzione Sanitaria Casa di Cura di …………………………………………………………………………….
* Direzione Sanitaria RSA/RSD di …………………………………………………………………………………..

(indicare persona di riferimento sede, riferimenti telefonici , indirizzi mail e orari )

* Altro ……………………………………….