



Proc. n. 4/21  
 Prot. n. 5/21 I

## *Tribunale di Pordenone*

*Presidenza*

- Alla Procura della Repubblica - Sede
- Al Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Pordenone per inoltrare agli iscritti
- Al Coordinamento delle Associazioni di Volontariato per gli Amministratori di Sostegno-Circondario del Tribunale di Pordenone
  - Agli sportelli di prossimità - Circondario del Tribunale di Pordenone
    - Ai Magistrati
    - Alle Cancellerie

OGGETTO: manifestazione del consenso informato alla somministrazione del vaccino anti Covid-19 al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 5 del D. L. n.1/2021 - modello per nomina di amministrazione di sostegno.

Si dispone che gli eventuali ricorsi per l'apertura di una procedura di amministrazione di sostegno finalizzata esclusivamente alla somministrazione del vaccino anti Covid-19 possono essere presentati utilizzando i modelli allegati (allegati 1, 2 e 3).

I ricorsi possono essere depositati presso gli sportelli di prossimità attivi nel Circondario del Tribunale di Pordenone, negli orari indicati nell'apposita sezione del sito WEB del Tribunale.

E' ammesso anche il deposito tramite PCT avvalendosi di un avvocato.

Il deposito dei ricorsi prevede la presentazione della nota d'iscrizione a ruolo secondo il modulo allegato (allegato 4).

Si pubblichi nel sito WEB del Tribunale.

Pordenone, 11 gennaio 2021.

*Il Presidente*  
 dott. Lanfranco Maria Tenaglia

*Tribunale di Pordenone*  
UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE

Il sottoscritto (nome, cognome, c.f.) .....  
 Nato/a a .....(.....), il .....  
 residente in ..... in via ....., tel.  
 .....

nella sua qualità di:

- .....(parente /affine /convivente)
- Pubblico ministero

**CHIEDE**

ai sensi degli artt. 404 e seg. del Cod. Civ., introdotti dalla L. 9 gennaio 2004, n. 6, l'APERTURA DI  
 UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO IN VIA PROVVISORIA E URGENTE IN FAVORE DI

NOME .....

COGNOME .....

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

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

DOMICILIO: (es. coincidente con la residenza ovvero in altro luogo .....

DIMORA ABITUALE: (luogo presso cui la persona beneficiaria ha posto in modo non occasionale la  
 sede dei suoi affetti e interessi. Da indicare se diversa dalla residenza o dal  
 domicilio) .....

**RAGIONI PER CUI SI RICHIEDE LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**  
 Il beneficiario presenta una situazione clinica/sanitaria come documentata nei **certificati allegati**  
 ed, in particolare, risulta affetto dalle patologie ivi attestate.  
 Le patologie sopra indicate limitano e riducono la capacità del soggetto a provvedere ai propri  
 interessi in maniera autonoma e adeguata e vi è inoltre la **concreta e attuale necessità di**  
**somministrare la vaccinazione contro il Covid-19 entro il .....**  
**(data in cui è programmata la vaccinazione).**

**PROPONE**

ai sensi dell'art. 405 Cod. Civ., che venga nominato come amministratore di sostegno in via  
 provvisoria e urgente della persona beneficiaria (indicare il nominativo, luogo e data di nascita)

.....  
 .....

**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. Documento d'identità della persona che si propone come amministratore di sostegno (se diverso da ricorrente).

Dichiarazione assenza di assenso di dissenso a trattamento sanitario o agli esami diagnostici

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ rec. Tel. \_\_\_\_\_, in relazione al ricorso per la nomina di amministratore di sostegno provvisorio in favore di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ il quale necessita di somministrazione vaccino Covid-19, consapevole della responsabilità che si assume con la presente

dichiara

Che il proprio congiunto

- trovasi attualmente in condizioni di incapacità totale o parziale di intendere o volere tanto da condizionarne la capacità di prestare un valido consenso al trattamento sanitario, come da certificazione allegata;
- non ha mai manifestato dissenso chiaro, libero e consapevole al trattamento sanitario o agli esami diagnostici.

In fede

Pordenone, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pordenone, \_\_\_\_\_

Al Signor Giudice Tutelare del Tribunale di

PORDENONE

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a

\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

indicato per l'eventuale nomina ad amministratore di sostegno del

sig. \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

dichiara

1. di accettare l'incarico;
2. di non avere precedenti penali né procedimenti penali in corso;
3. che non ha mai avuto cause civili nei confronti del beneficiario e non è mai stato dichiarato fallito.

In fede.

\_\_\_\_\_

# TRIBUNALE DI PORDENONE

Cancelleria della Volontaria Giurisdizione

## NOTA DI ISCRIZIONE A RUOLO

Per il ricorrente

Si chiede l'iscrizione al Ruolo Generale degli Affari Civili non Contenziosi e da trattarsi in Camera di Consiglio della seguente pratica:

Introdotta con

] Ricorso

Promosso da:

\_\_\_\_\_

Con l'avv. (indicazione non necessaria) \_\_\_\_\_

Contro: (indicazione non necessaria) \_\_\_\_\_

Con l'avv. (indicazione non necessaria) \_\_\_\_\_

valore della controversia (1) (indeterminabile) \_\_\_\_\_

importo del contributo unificato (1) (2) (indicazione non necessaria) \_\_\_\_\_

esenzione dal contributo unificato ai sensi (indicazione non necessaria) \_\_\_\_\_

*(Richiamare la normativa esatta)*

Data di comparizione (indicazione non necessaria) Data di Notifica (indicazione non necessaria)

Codice della domanda (3) 413061

Oggetto della domanda (4) Apertura amministrazione di sostegno

*(1) il valore è determinato ai sensi dell'art.9 della legge 23/12/99 n.488*

*(2) allegare la ricevuta del versamento*

*(3) indicare codice della domanda tra quelli indicati nella tabella*

*(4) indicare l'oggetto della domanda tra quelli indicati nella tabella*

Codice ed oggetto della domanda (1) 413061 - Apertura amministrazione di sostegno (nomina provvisoria ADS)

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