

	MODULO per ISTANZA DI INTERVENTO DI SOSTEGNO PROVVISORIO PER INTERVENTO PROGRAMMATO	MOD05_IOdsanT002_ORG	Pag.
			1 di 2
			Rev 05 Del 13.06.2018

**Al Giudice Tutelare
c/o Tribunale di Pesaro**
 P.le G. Carducci, 12

61121 Pesaro

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ Prov. _____ in Via _____

Recapito telefonico _____

in qualità di* _____

**[coniuge non separato legalmente - convivente more uxorio - padre / madre – figlio/a - fratello/sorella - altro parente (entro il quarto grado) - parente del coniuge (entro il secondo grado) – Altro (specificare)]*

del Sig/ra (nome e cognome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ Prov. _____ in Via _____

Codice Fiscale _____

per cui si richiede amministrazione di sostegno

PREMESSO CHE

la persona sopra indicata si trova nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi

- per infermità fisica
- per infermità psichica

CHIEDE

l'emissione del seguente **provvedimento ai sensi dell'art. 405 CC**, non essendo in grado di prendere decisioni inerenti la propria salute né di esprimere un valido consenso.

Si chiede pertanto l'autorizzazione ad esprimere il suddetto consenso per suo conto per **il trattamento sanitario programmato** di (tipologia intervento) _____

che avverrà in data ____/____/____.

INDICA

per il compimento degli atti di cui sopra, quale amministratore di sostegno provvisorio,

il/la Sig/ra _____ Codice Fiscale _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____

Residente in _____ Prov. _____ in Via _____

	MODULO per ISTANZA DI INTERVENTO DI SOSTEGNO PROVVISORIO PER INTERVENTO PROGRAMMATO	MOD05_IODsanT002_ORG	Pag.
			2 di 2
			Rev 05 Del 13.06.2018

Recapito telefonico _____

E PRODUCE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE MEDICA:

Si chiede l'efficacia immediata, ai sensi dell'art. 741 c.p.c.

(firma del richiedente)

Da allegare:

- MARCA DA BOLLO DA € 27.00
- ESTRATTO DI NASCITA DEL PAZIENTE
- CERTIFICATO DI STATO DI FAMIGLIA
- CERTIFICATO MEDICO CHE INDICA IL TRATTAMENTO INVASIVO DA EFFETTUARE
- CERTIFICATO MEDICO CHE INDICA LA NON TRASPORTABILITA' DEL PAZIENTE (QUALORA NECESSARIO)