	<b>MODULO per ISTANZA DI INTERVENTO DI SOSTEGNO PROVVISORIO PER INTERVENTO PROGRAMMATO</b>	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 \_\_\_\_\_

	<b>MODULO per ISTANZA DI INTERVENTO DI SOSTEGNO PROVVISORIO PER INTERVENTO PROGRAMMATO</b>	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)