

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

\_\_\_\_\_