

**RICORSO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
IN FAVORE DI PERSONA PRIVA DI AUTONOMIA TOTALE O PARZIALE**
ART. 404, 406, 407 COD. CIV.
(Legge 9 gennaio 2004 n.6)

TRIBUNALE DI TEMPIO PAUSANIA
UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE

Il sottoscritto (Cognome e nome):

C.F.:

nato a il.....

residente a

in via

tel./cell.

mail.

nella sua qualità di:

1. Persona beneficiaria;
2. Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria;
3. Parente entro il quarto grado, ovvero:(es.madre);
4. Affine entro il secondo grado, ovvero:(es.marito della sorella);
5. Pubblico Ministero;
6. Responsabile dei Servizi Sociali del Comune di

CHIEDE

Ai sensi degli artt. 404 e sgg. cod. civ. (legge 9 gennaio 2004 n°6)

L'APERTURA DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI:

COGNOME:
.....

NOME:

C.F.:

NATO A IL

RESIDENTE A

IN VIA

DIMORA ABITUALE

RAGIONI PER CUI SI CHIEDE LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il beneficiario presenta una situazione clinica/sanitaria come documentata nei **certificati allegati** ed, in particolare risulta affetto dalle seguenti patologie che provocano infermità o menomazioni fisiche o psichiche:

.....
.....
.....

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 compiere i seguenti atti di carattere negoziale o comunque di rilevanza giuridica:

.....
.....
.....

Segue elenco delle complete generalità di coniuge (o convivente), familiari, parenti entro il 4° grado ed affini entro il 2° grado del beneficiario:

.....
.....
.....
.....
.....

Specificare **eventuali** fatti o eventi che evidenziano l'opportunità della misura di PROTEZIONE GIURIDICA

.....
.....
.....

INDICAZIONE DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Si richiede, qualora ritenuto idoneo a svolgere l'incarico di Amministratore di sostegno ai sensi dell'art. 408 cod. civ., la nomina di:

COGNOME:

.....

NOME:

C.F.:

NATO A IL

RESIDENTE A

IN VIA

TEL/CELL.....

MAIL.....

RAPPORTI CON IL BENEFICIARIO

(barrare con la x il numero corrispondente)

- 1) coniuge (specificare se vi sia separazione legale);
- 2) persona stabilmente convivente;
- 3) madre o padre;
- 4) figlio o figlia;
- 5) fratello o sorella;
- 6) parente entro il quarto grado;
- 7) terzo estraneo al nucleo familiare (specificare i motivi della scelta):

.....

LUOGO E DATA

FIRMA

..... li

ALLEGATI:

1. Allegare marca da bollo da Euro 27,00
2. Estratto integrale dell'atto di nascita
3. Certificato storico di residenza e stato di famiglia
4. Documento di identità di: ricorrente, beneficiario ed amministratore di sostegno di cui si chiede la nomina
5. Documentazione medica
6. Eventuale certificato di non trasportabilità assoluta dell'invalido
7. Dichiarazioni di assenso alla nomina dell'A.d.S. sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità
8. Altri documenti utili