|  |
| --- |
| **RICORSO PER LA NOMINA DELL’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONA PRIVA DI AUTONOMIA TOTALE O PARZIALE****ART. 407 COD.CIV.** |

**TRIBUNALE DI AREZZO**

**SEZIONE I CIVILE – UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

Il sottoscritto (Nome e Cognome): ............................................................................................................................

C.F.: ..........................................................................................................................................................................

nato a.............................................................................. il........................................................................................

residente a .................................................................................................................................................................

in via .........................................................................................................................................................................

tel. ................. ..........................................................fax .............................mail ......................................................

professione svolta: ....................................................................................................................................................

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) Tutore / Curatore 6) Pubblico Ministero 7) Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna l'apertura della Amministrazione di sostegno |

**CHIEDE**

**ai sensi degli artt. 404 e segg. cod. civ. (legge 9 gennaio 2004, n. 6)**

**L’APERTURA DI UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI:**

|  |
| --- |
| NOME ..................................................................................................................................................................COGNOME ...........................................................................................................................................................C.F. .....................................................................................................................................................................NATO A................................................... IL .......................................................................................................RESIDENTE A ......................................................................................................................................................IN VIA ..................................................................................................................................................................DIMORA ABITUALE: ......................................................................................................................................luogo in cui il beneficiario ha la sede stabile dei suoi affetti ed interessi: da indicare qualora sia diversa dallaresidenza o dal domicilio (es.: presso la Casa di Cura sita in…../ presso un parente.....). |

**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 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 fatti o eventi che evidenziano l’opportunità della misura di PROTEZIONE GIURIDICA

(prodigalità, mancanza di una valida rete familiare di supporto, conflittualità in famiglia che renda

difficoltoso il sostegno del beneficiario, circonvenzione, raggiri, altro):

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

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

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

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

**SITUAZIONE PATRIMONIALE:**

Il beneficiario è titolare di quale stipendio o pensioni? .............................................................................

Il beneficiario è titolare di conti o depositi in banca od alle Poste?...........................................................

Il beneficiario è proprietario di quali immobili?........................................................................................

Il beneficiario sostiene una spesa mensile (utenze, canoni, rette, badanti…) di circa euro.......................

**INDICAZIONE DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Specificare i dati anagrafici (allegando il documento di identità) della persona ritenuta idonea a svolgere

l’incarico tutorio di Amministratore di sostegno ai sensi dell’art. 408 cod. civ.:

|  |
| --- |
| NOME ..................................................................................................................................................................COGNOME ...........................................................................................................................................................C.F. .....................................................................................................................................................................NATO A................................................... IL .......................................................................................................RESIDENTE A ......................................................................................................................................................IN VIA ..................................................................................................................................................................TEL.....................................................................................................................................................................MAIL ....................................................................................................................................................................PEC.................................................................................................................................................................. |

**INFORMAZIONI UTILI AI FINI DELLA RICHIESTA DI TUTELA LEGALE:**

Il beneficiario è in grado di comprendere? ................................................................................................

Il beneficiario è in grado di comunicare verbalmente?..............................................................................

Il beneficiario è trasportabile in Tribunale? (la non trasportabilità deve essere assoluta \*)....................

**ALLEGATI:**

1. Certificato storico di residenza e stato di famiglia;

2. Documento di identità di: ricorrente, beneficiario ed Amministratore di sostegno indicato;

3. Documentazione medica;

4. Eventuale certificato di non trasportabilità assoluta dell’invalido (\*);

5. Dichiarazioni di assenso sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità;

6. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale: estratti conto, titoli, visure, stipendi…;

8. Altri documenti utili.

9. Pagamento diritti di cancelleria effettuato tramite piattaforma PAGOPA da euro 27,00.

**Luogo e data FIRMA (leggibile)**

|  |
| --- |
| **(\*) La intrasportabilità per essere assoluta presuppone che il malato sia collegato ad apparecchiature medicali****indispensabili per la terapia in atto e che egli non possa essere condotto nemmeno in autoambulanza: il sanitario****che certifica la inamovibilità deve perciò escludere che il trasferimento possa avvenire anche a mezzo di****autoambulanza. I pazienti gravi potranno essere esaminati all’interno del veicolo, nel parcheggio del Tribunale.** |

**+**