

**TRIBUNALE ORDINARIO DI ANCONA****Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno**

AFFARI CIVILI NON CONTENZIOSI DA TRATTARSI IN CAMERA DI CONSIGLIO

Modulo

Il/La/I sottoscritto/a/i

DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE

COGNOME E NOME	<input type="text"/>
DATA E LUOGO DI NASCITA	<input type="text"/>
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n° civico, CAP)	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>
NUMERO TELEFONICO/FAX	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>

In qualità di:

- coniuge non separato legalmente
- convivente stabile
- padre o madre
- figlio/a
- fratello/sorella
- altro parente (entro il quarto grado: nonno, bisnonno, nipote, pronipote, zio, cugino)
- suocero o cognato
- altro _____

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME	<input type="text"/>
DATA E LUOGO DI NASCITA	<input type="text"/>
RESIDENZA (Via/Piazza, n° civico, Città, Cap)	<input type="text"/>
DOMICILIO (Solo se diverso dalla residenza)	<input type="text"/>

PREMESSO CHE

- il/la signor/a _____ come risulta dalla certificazione medica che si allega, è affetto/a da (specificare patologia):

- tale patologia lo pone nell'impossibilità:
 Totale Parziale Temporanea Permanente
- di provvedere ai propri interessi a causa di infermità/menomazione fisica/psichica:

accertata da:

MEDICO SPECIALISTA/ DI BASE <i>(TELEFONO,FAX,INDIRIZZO)</i>	
SERVIZI SOCIALI <i>(TELEFONO,FAX,INDIRIZZO)</i>	
STRUTTURA SANITARIA <i>(TELEFONO,FAX,INDIRIZZO)</i>	

- si rende necessario conseguentemente provvedere alla nomina di un Amministratore di Sostegno che possa
 Assisterlo/a **Rappresentarlo/a**
nel compimento degli atti di seguito precisati:

- il beneficiario si trova (*Breve descrizione delle condizioni economiche e di vita del beneficiario e dei suoi principali bisogni, nonché delle principali azioni per le quali necessita il sostegno; indicazione delle persone che si occupano abitualmente di lui*):

CHIEDE/CHIEDONO

Che la S.V. voglia nominare un A.D.S. per _____

Si chiede che la nomina avvenga a tempo:

- Indeterminato** **Determinato**

Si chiede che l'A.D.S. venga incaricato di assistere e/o rappresentare il beneficiario nel compimento, a titolo indicativo, dei seguenti atti da compiersi senza necessità di separata autorizzazione:

1. riscossione della pensione e/o indennità e/o retribuzione mediante accredito su conto corrente intestato all'amministrato;
2. utilizzo di tali importi per le esigenze ordinarie dell'amministrato oppure utilizzo di tali importi nella misura di Euro _____ al mese per le esigenze ordinarie della persona assistita e l'ordinaria amministrazione dei suoi beni e deposito della differenza sul conto di cui al punto 1);

3. espletamento di ogni incombente di carattere burocratico-amministrativo inerente i rapporti con enti pubblici o istituzioni private, ivi compresa la presentazione di istanze per la richiesta di assistenza, anche sanitaria, e di sussidi;
4. presentazione della dichiarazione dei redditi e sottoscrizione di atti di natura fiscale;
5. individuazione e scelta delle terapie ritenute più idonee per la tutela e la salute del beneficiario secondo le indicazioni dei sanitari che lo hanno in cura, ivi compreso il ricovero presso struttura idonea alla cura, prestazione del consenso informato ai trattamenti sanitari ritenuti utili e necessari alla cura del beneficiario;
6. assistenza o rappresentanza del beneficiario nel compimento di tutti gli atti di straordinaria amministrazione menzionati nell'Allegato n° 7 della Guida previa autorizzazione del Giudice Tutelare;
7. altro:

SI PRECISA CHE

- il beneficiario è titolare dei seguenti trattamenti pensionistici e/o indennità e/o retribuzioni:

- il beneficiario è intestatario dei seguenti rapporti bancari:

<i>BANCA/POSTA</i>	
<i>NUMERO CONTO CORRENTE</i>	
<i>ABI</i>	
<i>CAB</i>	
<i>IBAN (27 CIFRE)</i>	-----
<i>INTESTATARIO/I</i>	
<i>PRESENZA EVENTUALI DELEGHE</i>	
<i>SALDO ALLA DATA ATTUALE</i> --/--/-----	

- il beneficiario è:

proprietario

titolare di altro diritto reale

dei seguenti immobili (*indicare per ognuno di essi l'utilizzo attuale degli stessi*):

--

- il beneficiario è titolare:

DEPOSITI bancari/postali	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
POLIZE VITA	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
ALTRI TITOLI BANCARI O ASSICURATIVI	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
PARTECIPAZIONI IN AZIENDA	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
ALTRI RAPPORTI ECONOMICI	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
ULTERIORI PROPRIETA'	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti

- il beneficiario è proprietario delle seguenti autovetture e/o motocicli:

PROSSIMI CONGIUNTI DEL BENEFICIARIO (oltre al richiedente)

Specificare generalità e domicilio del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli, parenti entro il IV grado del beneficiario, nonché dei conviventi della persona per la quale si richiede la nomina:

	GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO <i>(Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)</i>	TELEFONO/FAX/ EMAIL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Si precisa infine che ha dato la propria disponibilità a ricoprire l'incarico di A.D.S. il/la sig./ra:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Via/Piazza, n°civico Città, Cap)	
NUMERO TELEFONO/FAX	
EMAIL	
EVENTUALI MOTIVAZIONE DELLE RAGIONI PER LE QUALI SI E' INDIVIDUATO IL NOMINATIVO	

Ancona, _____

FIRMA _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE E DIRITTI DOVUTI

1. *Certificato di nascita del beneficiario;*
2. *Certificato di residenza attuale del beneficiario;*
3. *Stato di famiglia storico della persona potenzialmente beneficiaria dal quale si desume la composizione della famiglia di origine;*
4. *Attestazione medico sanitaria sulle condizioni di salute del beneficiario;*
5. *Dichiarazione dei redditi del beneficiario;*
6. *Estratto conto rilasciato dall'Istituto di credito o assicurativo se la persona è intestataria di depositi bancari, polizze di vita, altri titoli bancari o assicurativi;*
7. *Estratto tavolare degli immobili posseduti;*
8. *Fotocopia della carta di identità di chi sottoscrive il ricorso.*



TRIBUNALE ORDINARIO DI ANCONA

Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno

AFFARI CIVILI NON CONTENZIOSI DA TRATTARSI IN CAMERA DI CONSIGLIO

Nota di iscrizione a ruolo

Per il ricorrente

Si chiede l'iscrizione al **Ruolo Generale degli Affari Civili non contenziosi** e da trattarsi in Camera di consiglio della seguente causa introdotta con:

Ricorso

Promosso da:

Avv.:

Contro:

OGGETTO: GIUDICE TUTELARE

4.13.061 Apertura amministrazione di sostegno (art.404 e ss. C.C.)

DATA: _____

FIRMA: _____

Marca da bollo
Euro 27,00

RICORRENTE**Natura Giuridica³****Altre parti**

Cognome e Nome o Denominazione

Data e Luogo di Nascita

Via o Sede

Codice Fiscale

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

Domicilio eletto

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

RICORRENTE**Natura Giuridica³****Altre parti**

Cognome e Nome o Denominazione

Data e Luogo di Nascita

Via o Sede

Codice Fiscale

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

Domicilio eletto

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

³ Indicare uno dei seguenti codici che identifica la "Natura Giuridica" della parte:

PFI = Persona Fisica	PUM = Pubblico Ministero	CON = Consorzio
SOC = Società di capitali	CND = Condominio	ENP = Ente pubblico o P.A.
SOP = Società di persone	EDG = Ente di gestione	EIS = Ente religioso
COP = Cooperativa	ASS = Associazione	PAS = Partito o Sindacato
	COM = Comitato	OSE = Stato estero o Org. Indet.

EVENTUALE PARTE CONTROINTERESSATA**Natura Giuridica⁴****Altre parti**

Cognome e Nome o Denominazione

Data e Luogo di Nascita

Via o Sede

Codice Fiscale

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

Domicilio eletto

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

EVENTUALE PARTE CONTROINTERESSATA**Natura Giuridica⁴****Altre parti**

Cognome e Nome o Denominazione

Data e Luogo di Nascita

Via o Sede

Codice Fiscale

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

Domicilio eletto

Cognome e Nome del Procuratore

Tessera n°

Ordine

⁴ Indicare uno dei seguenti codici che identifica la "Natura Giuridica" della parte:

PFI = Persona Fisica	PUM = Pubblico Ministero	CON = Consorzio
SOC = Società di capitali	CND = Condominio	ENP = Ente pubblico o P.A.
SOP = Società di persone	EDG = Ente di gestione	EIS = Ente religioso
COP = Cooperativa	ASS = Associazione	PAS = Partito o Sindacato
	COM = Comitato	OSE = Stato estero o Org. Indet.