

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

**TRIBUNALE DI MACERATA
SEZIONE CIVILE – VOLONTARIA GIURISDIZIONE
UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

Il sottoscritto (*Nome e Cognome*):
C.F.:
nato a il
residente a
in via
tel. PEC
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 sociosanitari 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 dalla residenza o dal domicilio (es.: presso la Casa di Cura sita in...../ presso un parente.....).

Il/La sottoscritto/a dichiara che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione non è attualmente interdetta o inabilitata né è pendente procedimento d'interdizione o inabilitazione nei suoi confronti.

**RAGIONI PER CUI SI RICHIEDE LA NOMINA
DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Il beneficiario presenta una situazione clinica/sanitaria come documentata nei **certificati allegati** e, 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
PEC

RAPPORTI CON IL BENEFICIARIO:

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. soggetto designato dal genitore con testamento, con atto pubblico o con scrittura privata autenticata;
8. soggetto in precedenza designato dallo stesso beneficiario con atto depositato presso il Notaio dottor.....;
9. terzo estraneo al nucleo familiare (specificare i motivi della scelta).

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. Estratto integrale dell'atto di nascita;
2. Certificato storico di residenza e stato di famiglia;
3. Documento di identità di: ricorrente, beneficiario ed Amministratore di sostegno indicato;
4. Documentazione medica;
5. Eventuale certificato di **non trasportabilità assoluta** dell'invalido (*);
6. Dichiarazioni di **assenso** sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità;
7. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale: estratti conto, titoli, visure, stipendi...;
8. Carichi pendenti e certificato penale della persona indicata come A.d.S.;
9. Altri documenti utili.

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.