*AL SIGNOR GIUDICE TUTELARE*

*DEL TRIBUNALE DI NUORO*

**Ricorso per la nomina di un amministratore di sostegno**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di:**

 Beneficiando; Genitore; Coniuge;

 Convivente stabile; Responsabile dei Servizi Socio-Sanitari; Legale rappresentante;

 Tutore / Curatore;  Figlio/a; Fratello / Sorella;

 Altro parente entro il IV grado; Suocero/a; Cognato/a;

 Genero / Nuora; Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede l’apertura dell’Amministrazione di Sostegno nell’interesse di:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che attualmente vive:

* Presso casa di cura, comunità o altra struttura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* In famiglia con altre n. \_\_\_\_\_\_ persone conviventi
* Da solo
* In abitazione con badante
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Affetto da (indicare le patologie principali) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara che il Beneficiando:

* E’ trasportabile in Tribunale
* Non è trasportabile **[[1]](#footnote-1)**

**e indica come Amministratore di Sostegno (ex. Artt. 404 e segg. C.C.)**

la persona di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via / Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**indica inoltre nomi ed indirizzi dei parenti stretti (genitori, fratelli, figli e coniuge) o del convivente/i a lui /lei noti** (compilare inserendo i dati di cui si è a conoscenza; in caso contrario barrare le caselle)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Nome** | **Cognome** | **Indirizzo** | **Comune** | **Tel+****e-mail** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**A sostegno della richiesta, il ricorrente indica inoltre le azioni che il Beneficiando per cui si chiede l’Amministrazione di Sostegno è / non è in grado di compiere** (crociare la casella corrispondente)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sì, in modo autonomo | Con l’assistenza di un A. di S. | Atti per i quali il Beneficiando deve essere del tutto sostituito |
| - Dare il giusto significato al denaro |  |  |  |
| - Dare il proprio consenso per le cure |  |  |  |
| - Decidere in modo autonomo della sua vita affettiva e relazionale |  |  |  |
| - Gestire rapporti in ambito lavorativo con superiori ed uffici aziendali |  |  |  |
| - Ritirare personalmente la pensione |  |  |  |
| - Fare acquisti personali per le esigenze primarie (alimentazione, vestiario, igiene personale e della casa, farmacia etc.) e effettuare operazioni bancarie / postali |  |  |  |
| - Compilare la dichiarazione dei redditi e gestire i rapporti con gli uffici amministrativi o uffici erogatori di pubblici servizi |  |  |  |
| - Altro (specificare)  |  |  |  |

**Il sottoscritto si impegna a informare i suindicati parenti dell'udienza fissata dal Giudice Tutelare e a depositare prova della comunicazione al Giudice Tutelare nel corso dell’udienza*.* *[[2]](#footnote-2)***

*(Luogo)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì *(data)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(Firma leggibile)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allegano i seguenti documenti** (barrare gli allegati prodotti):

* certificato di nascita e di residenza del Beneficiando e, se possibile, fotocopia del documento di identità del medesimo
* Documentazione anagrafica che comprovi il rapporto di parentela tra il ricorrente e il Beneficiando (se il ricorrente è un parente)
* Fotocopia Carta d’Identità del ricorrente/firmatario della richiesta
* Certificato medico del Beneficiando (e/o certificazione della struttura ospitante) attestante le condizioni di vita personale del Beneficiando (sanitarie, sociali, psicologiche ed educative) ed attestante l’eventuale impossibilità dello stesso di raggiungere in udienza il tribunale ordinario e la sua capacità o meno a rendere il consenso medico informato; nonché certificato del medico curante attestante la condizione psicofisica del soggetto con riferimento dettagliato alla sua incapacità parziale o totale di badare a se stesso
* Documentazione relativa alla situazione patrimoniale del Beneficiando (pensione di invalidità, pensioni di reversibilità, assegni di accompagnamento, stipendi, rendite provenienti da affitti, investimenti, interessi, conti correnti, titoli ecc.)
* Documentazione relativa alle proprietà del Beneficiando di beni immobili, quali le visure catastali.
* [pagamento telematico](https://tribunale-udine.giustizia.it/it/richiestacopie.page) (PAGO PA) dei diritti forfettari di notifica (art. 30 D.P.R. 115/02) pari a € 27,00 (da assolvere telematicamente [**https://servizipst.giustizia.it/PST/it/pagopa\_altripag.wp**](https://servizipst.giustizia.it/PST/it/pagopa_altripag.wp); è possibile richiedere il servizio presso ricevitoria autorizzata)

**ALLEGATO 1.**

**Al TRIBUNALE DI NUORO**

**Ufficio del Giudice Tutelare**

**DICHIARAZIONE DI ASSENSO ALLA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Il / La sottoscritto / a:

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di:** (crociare la casella corrispondente)

 Padre o Madre

 Figlio/Figlia

 Coniuge

 Convivente stabile

 Fratello/Sorella

 Affine entro il 2° grado:

 suocero/a  genero/nuora  cognato/a

 Altro parente entro il 4° gradodel beneficiario *(specificare):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA

di essere a conoscenza della pendenza del procedimento per la nomina di amministratore di sostegno individuato nella persona di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e **dichiara di prestare il proprio assenso a tale nomina**.

Allega fotocopia del documento d’identità.

In fede,

Nuoro, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Qualora il beneficiario non possa comparire all’udienza che verrà fissata per essere esaminato dal Giudice Tutelare, **occorre produrre certificato medico di INTRASPORTABILITA’** (rilasciato dalla struttura che ospita il beneficiario o da medico specialistico se il medesimo è domiciliato presso la propria abitazione).

In mancanza di tale documento, il beneficiario si dovrà presentare in udienza. [↑](#footnote-ref-1)
2. **A tal fine il ricorrente:**

	1. **dovrà inviare ai sopraindicati parenti copia del ricorso e del decreto di fissazione udienza con raccomandata con ricevuta di ritorno;**
	2. **in alternativa alla comunicazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, potrà acquisire dai suindicati parenti una “dichiarazione scritta di assenso all’apertura dell’amministrazione di sostegno” (fac simile “allegato 1.”), datata e firmata e corredata di copia del documento di identità di ciascun dichiarante****Le ricevute di ritorno delle raccomandate e le dichiarazioni di assenso dovranno essere esibite e depositate davanti al Giudice Tutelare nel corso dell’udienza.** [↑](#footnote-ref-2)