

TRIBUNALE DI SPOLETO  
UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE  
RICORSO PER LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
(ARTT. 406 e 407 C.C).

Il/la sottoscritto/a ..... nato/a a .....  
..... il ..... residente a .....  
..... in via .....  
..... tel. ....  
nella qualità di .....

CHIEDE

l'applicazione della misura di protezione dell'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ai sensi della legge ..... 6/2004 ..... per:

nato a ..... il ..... residente a .....  
..... via .....  
..... domiciliato a .....  
..... via .....  
..... affetto da .....  
.....  
.....

Indica, come AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO il/la signor/a .....  
..... residente a ..... via .....  
..... tel. / cell. ....

Il sottoscritto s'impegna a informare detti parenti dell'udienza fissata dal giudice Tutelare e fornirà prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa.

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente, con riferimento all'esperienza di vita quotidiana e alle relazioni sociali, sanitarie, psicologiche ed educative, indica:

- A) Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere in modo autonomo:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



3) Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere solo con l'assistenza di un Amministratore di Sostegno:

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

C) Le azioni che il beneficiario non è in grado di compiere da solo, necessitando della rappresentanza esclusiva dell'amministratore.

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

D) Le principali spese e i principali bisogni del beneficiario<sup>2</sup>

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

A corredo dell'istanza produce:

- certificato integrale dell'atto di nascita del beneficiario;
- eventuale certificato che attesti l'impossibilità assoluta e definitiva del beneficiario di raggiungere Palazzo di Giustizia e la sua intrasportabilità anche in ambulanza;
- documentazione sulle condizioni di vita personale (sanitarie, sociali, psicologiche ed educative);
- documentazione relativa alla sua situazione patrimoniale mobiliare (conti correnti, depositi, investimenti, partecipazioni societarie, cedolini pensione ecc..) ed immobiliare;

<sup>1</sup> Laddove il beneficiario versi in stato di totale incapacità di provvedere ai propri interessi (da comprovare mediante specifica certificazione medica), è prevista la rappresentanza esclusiva dell'amministratore di sostegno. La rappresentanza esclusiva, in tale ipotesi, spetta anche in campo sanitario. Al riguardo, ai sensi dell'art. 3 comma 4 della legge 219 del 22.12.2017, il consenso informato è prestato o rifiutato dall'amministratore di sostegno. A tal fine, si rende necessario specificare quali siano le cure proposte o le terapie da intraprendere indicate dal personale medico per le quali si renda necessario esprimere da parte dell'amministratore di sostegno il consenso o il dissenso.

<sup>2</sup> I bisogni che più frequentemente si incontrano sono relativi a:

- dare il giusto significato al denaro;
- gestire l'ordinaria amministrazione ed il disbrigo delle pratiche quotidiane;
- dare il proprio consenso per le cure e nella scelta di concrete terapie;
- stipulare contratti e gestire le azioni conseguenti;
- recarsi in uffici pubblici e gestire pratiche amministrative;
- ritirare personalmente le pensioni e altri introiti - fare acquisti personali entro un limite di €..... settimanali o mensili;
- effettuare operazioni bancarie/postali bancomat entro un limite di €...



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

Inoltre indica i nomi e gli indirizzi dei parenti stretti (genitori, fratelli, figli e coniugi) a lui noti:

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

Firma del ricorrente (o dei ricorrenti)

Luogo e data.....

**ALLEGA:**

RICEVUTA DI PAGAMENTO PAGOPA DA € 27.00 (IL LINK PER IL PAGAMENTO PUO' ESSERE REPERITO NEL SITO DEL TRIBUNALE ALL'INTENO DELLA SEZIONE VOLONTARIA GIURISDIZIONE OPPURE PUO' ESSERE GENERATO DALLA CANCELLERI AL MOMENTO DEL DEPOSITO DEL RICORSO);

DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL RICHIEDENTE IN FOTOCOPIA;

DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL BENEFICIARIO IN FOTOCOPIA;

CERTIFICATO/RELAZIONE SANITARIA DI DATA RECENTE RELATIVA AL BENEFICIARIO IN ORIGINALE OVVERO IN COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE;

CERTIFICATO DI RESIDENZA DEL BENEFICIARIO, IN ORIGINALE;

CERTIFICATO DELLO STATO DI FAMIGLIA, IN ORIGINALE;

(IN ASSENZA DELLA DOCUMENTAZIONE SOPRA INDICATA L'ISTANZA SARA' RITENUTA INAMMISSIBILE)

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

Il sottoscritto dichiara di voler ricevere tutte le comunicazioni di Cancelleria presso i seguenti recapiti:

TELEFONO (OBBLIGATORIO): .....

E-MAIL (OBBLIGATORIA): .....

Luogo e data.....

FIRMA

(leggibile)

.....