**RICORSO PER LA NOMINA DELL’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONA PRIVA DI AUTONOMIA TOTALE O PARZIALE**

**ART. 407 COD.CIV.**

TRIBUNALE DI BOLZANO

**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)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

Persona beneficiaria

Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria

Parente entro il quarto grado, ovvero: (es. madre)

Affine entro il secondo grado, ovvero: (es. marito della sorella)

Tutore / Curatore Pubblico Ministero

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 dalla residenza 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 della persona ritenuta idonea a svolgere l’incarico di amministratore di sostegno ai sensi dell’art. 408 cod. civ.:

NOME ..................................................................................................................................................................

COGNOME ...........................................................................................................................................................

C.F. .....................................................................................................................................................................

NATO A ................................................... IL .......................................................................................................

RESIDENTE A ......................................................................................................................................................

IN VIA ..................................................................................................................................................................

TEL .....................................................................................................................................................................

E- MAIL O 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 o affine entro il secondo grado;
7. soggetto designato dallo stesso beneficiario;
8. terzo estraneo al nucleo familiare (specificare i motivi della scelta)

# INFORMAZIONI UTILI AI FINI DELLA RICHIESTA DI APERTURA DELL’AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

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

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

Il beneficiario è trasportabile in Tribunale? ............................

**ALLEGATI:**

1. Estratto integrale dell’atto di nascita;
2. Certificato storico di residenza e stato di famiglia;
3. Documento di identità di ricorrente e beneficiario;
4. Documentazione medica;
5. Eventuale certificato di non trasportabilitàdell’invalido;
6. Eventuali dichiarazioni di assensosottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità;
7. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale: estratti conto, titoli, visure, stipendi, etc.;
8. Altri documenti utili (specificare)

Luogo, data Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_