

**AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE ORDINARIO DI ' \_\_\_\_\_**

**RICORSO PER L'ISTITUZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO  
(Artt. 404 e ss. c.c.)**

Il / La sottoscritto/a (**Ricorrente**):

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_

nella sua qualità di (indicare in modo chiaro la relazione – parentela, convivenza altro - con il beneficiario)

\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

l'applicazione della misura di protezione dell'**AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** ai sensi della Legge n. 6/2004, per il/la Sig./ra (**Beneficiario**)

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

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

attualmente domiciliato presso \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

***Si indicano inoltre:***

IL MEDICO DI BASE DEL BENEFICIARIO DOTT. \_\_\_\_\_

con ambulatorio in \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

E (se presenti)

- **ASSISTENTE SOCIALE CHE HA IN CARICO LA PERSONA**

\_\_\_\_\_

Distretto/CST Comunale di \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

- **e/o C.S.M. (Centro di Salute Mentale) di \_\_\_\_\_**

TEL. \_\_\_\_\_ Riferimenti: \_\_\_\_\_

- e/o SERVIZIO PSICHIATRICO di \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ Riferimenti: \_\_\_\_\_

**INDICA COME AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IL/LA SIGNOR/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
attualmente domiciliato presso \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di (indicare la relazione con il beneficiario) \_\_\_\_\_

**Indica, inoltre, oltre alla persona STABILMENTE CONVIVENTE, i seguenti parenti stretti (genitori, figli, fratelli, cugini)**

*N.B. La comunicazione di ulteriori parenti sarà richiesta dal Magistrato se ritenuto necessario.*

1. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di (indicare la relazione con il beneficiario) \_\_\_\_\_

\*

2. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di (indicare la relazione con il beneficiario) \_\_\_\_\_

\*

3. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di (indicare la relazione con il beneficiario) \_\_\_\_\_

\*

4. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ fax: \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di (indicare la relazione con il beneficiario) \_\_\_\_\_

\*

**ALTRI** \_\_\_\_\_

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

\*

**Il sottoscritto si impegna ad informare detti parenti dell'udienza fissata dal Giudice Tutelare, inviando il provvedimento del Giudice tramite Raccomandata A/R, e fornirà prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa esibendo gli avvisi di ricevimento delle raccomandate inviate.**

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

**A) LE AZIONI CHE IL BENEFICIARIO E' IN GRADO DI COMPIERE IN MODO AUTONOMO:**

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

**B) LE AZIONI CHE IL BENEFICIARIO E' IN GRADO DI COMPIERE SOLO CON L'ASSISTENZA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:**

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

**C) LE PRINCIPALI SPESE E I PRINCIPALI BISOGNI DELLA PERSONA DA SOTTOPORRE AD AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO:**

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

**D) CHE IL PATRIMONIO DEL BENEFICIARIO è COSTITUITO DA:  
PENSIONE/I**

---

**CONTO CORRENTE**

---

**LIBRETTO POSTALE E/O BANCARIO**

---

**POLIZZE ASSICURATIVE**

---

**INVESTIMENTI**

---

A corredo dell'istanza produce:

- 1. Marca da bollo da euro 27,00**
2. Fotocopia documento d'identità e cod. fiscale/tessera sanitaria del ricorrente e del beneficiario;
3. Certificato di nascita, stato di famiglia e di residenza del beneficiario (se possibile);
- 4. Documentazione sulle condizioni di salute del beneficiario (come da **modello al punto n. 9 delle istruzioni allegate**);**
5. *(Solo nel caso non venga fornito l'indirizzo e-mail o il numero di fax del richiedente)* busta affrancata completa di nome e indirizzo del richiedente e 1 (una) MARCA DA BOLLO del valore di EURO 1,44;
6. Busta affrancata completa di nome e indirizzo della persona proposta come Amministratore di Sostegno.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma del Ricorrente

---