



TRIBUNALE DI UDINE
Largo Ospedale Vecchio, 1

Ufficio del Giudice Tutelare

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 _____
Telefono _____ Cellulare _____
Mail _____

in qualità di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficiando | <input type="checkbox"/> Figlio/a |
| <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Fratello / Sorella |
| <input type="checkbox"/> Convivente stabile | <input type="checkbox"/> Altro parente entro il IV grado |
| <input type="checkbox"/> Responsabile Servizi Socio-Sanitari | <input type="checkbox"/> Suocero/a |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Cognato/a |
| <input type="checkbox"/> Tutore / Curatore | <input type="checkbox"/> Genero / Nuora |

**chiede l'applicazione dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno
ai sensi della Legge 6/2004 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

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 _____
Telefono _____ Cellulare _____

**indica inoltre nomi ed indirizzi dei parenti stretti
(genitori, fratelli, figli e coniuge o convivente) a lui noti**

| Grado di parentela | Nome | Cognome | Indirizzo | Comune | Recapito telefonico |
|---------------------------|-------------|----------------|------------------|---------------|----------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

| | Sì, in modo autonomo | Con l'assistenza di un AdS | Atti per i quali il Beneficiario 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 entro un limite di € _____ settimanali / mensili e effettuare operazioni bancarie / postali entro il limite di € _____ | | | |
| - Compilare la dichiarazione dei redditi e gestire i rapporti con gli uffici amministrativi o uffici erogatori di pubblici servizi | | | |
| - Altro (specificare) | | | |

indica inoltre che le principali spese e bisogni mensili del Beneficiario sono:

| Spese mensili per le seguenti necessità | Importo (€) |
|---|--------------------|
| - Alimentazione, vestiario e cura della persona | |
| - Casa (es. affitto, mutuo, spese condominiali) | |
| - Cure sanitarie o riabilitative (es. occhiali, dentista, carrozzine, terapie specifiche) | |
| - Frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti | |
| - Tempo libero e vacanze | |
| - Altro (specificare) _____ | |

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto

Nome _____ Cognome _____

Sotto la mia responsabilità dichiaro che, per quanto a mia conoscenza, il Sig. / la Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

Dispone esclusivamente dei seguenti beni:

- Immobili**

- Veicoli**

- Depositi**

- Conti Correnti**

- Libretti di risparmio**

- Titoli**

- Assicurazioni**

Udine,
lì

Firma del richiedente

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

- Estratto dell'atto di nascita e di residenza del Beneficiario
- Documentazione anagrafica che comprovi il rapporto di parentela tra il ricorrente e il Beneficiario (se il ricorrente è un parente)
- Fotocopia Carta d'Identità del ricorrente
- Marca da Bollo da € 27,00
- Certificato medico del Beneficiario (e/o certificazione della struttura ospitante) attestante le condizioni di vita personale del Beneficiario (sanitarie, sociali, psicologiche ed educative) ed attestante eventuale impossibilità dello stesso di raggiungere in udienza il tribunale ordinario ed attestante la capacità o meno del Beneficiario 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 Beneficiario (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 Beneficiario di beni immobili, quali le visure catastali.