

Ricorso per la nomina di un Amministratore di Sostegno

Ill.mo Sig. GIUDICE TUTELARE

Tribunale di Como

Viale Spallino, 22100 COMO

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il e
residente in
via n tel.
fax e-mail
in qualità di
del/della signor/a (persona beneficiaria).....
nato/a a il
anagraficamente residente in
via n ed ivi abitualmente dimorante e/o domiciliato.
oppure: con abituale dimora/domicilio in via
n presso

premesse

che il/la predetto/a signor/a (persona beneficiaria).....
si trova nell'impossibilità
di provvedere ai propri interessi a causa di infermità o menomazione
.....
che, infatti, la persona interessata (beneficiario), come risulta dalla documentazione medica che si allega,
è affetto/a da

La suddetta persona beneficiaria, per i seguenti motivi, non è pertanto in grado di provvedere
autonomamente ai propri interessi:

.....
.....
Che si rende necessario, conseguentemente, provvedere alla nomina di un Amministratore di Sostegno che
possa assistere la suddetta persona beneficiaria nel compimento di tutti gli atti, anche di ordinaria
amministrazione.

Oppure: di tutti gli atti eccedenti l'ordinaria amministrazione.

Oppure: dei seguenti atti specifici:.....

.....

tutto ciò premesso,

chiede

l'applicazione della misura di protezione dell' AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ai sensi della Legge 9 gennaio 2004 n. 6 per il/la Signor/a

(beneficiario).....

.....nato ail

.....

residente in via n

oppure: domiciliato in via n

presso

ed indica come AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

il/la Signor/a nato a

..... il residente a

via N tel. cell

e-mail.....

Inoltre indica le generalità e gli indirizzi dei parenti stretti(genitori, fratelli, figli e coniuge) a lui noti:

1.....

2.....

3

4.....

Il sottoscritto si impegna ad informare detti parenti dell'udienza che verrà fissata dal Giudice Tutelare fornendo, in sede della udienza stessa, prova della avvenuta notificazione. Chiede altresì che l'udienza per l'esame della persona beneficiaria venga celebrata non presso il Palazzo di Giustizia ma presso il domicilio della persona beneficiaria stessa, in quanto assolutamente impossibilitata ad essere trasportata - neppure con autoambulanza - e a tal fine indica il luogo dove deve avvenire l'esame:

.....

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente, con riferimento all'esperienza di vita quotidiana ed alle relazioni prodotte da servizi e da operatori - specialisti, relative alla situazione del beneficiario, indica:

Le azioni che la persona beneficiaria è in grado di compiere autonomamente

.....
.....

Le azioni che la persona beneficiaria è in grado di compiere solo con l'assistenza di un Amministratore di Sostegno

.....
.....

Le azioni che la persona beneficiaria non è in grado di compiere

.....
.....

Le principali spese e i principali bisogni

.....
.....

A corredo della presente richiesta il ricorrente produce:

1. Estratto dell'atto di nascita integrale del beneficiario (rilasciato dal Comune di nascita)
2. Certificato medico che attesti l'assoluta intrasportabilità anche in autoambulanza del beneficiario, al fine di raggiungere il Palazzo di Giustizia
3. Documentazione sulle condizioni di vita personale (sanitarie, sociali, psicologiche, educative/scolastiche)
4. Documentazione relativa alla sua situazione patrimoniale
5. Documento attestante l'eventuale opposizione ovvero il consenso al procedimento da parte dei parenti stretti.

.....

(Luogo e data di sottoscrizione)

In fede, IL RICORRENTE

.....

ATTENZIONE:

Sul ricorso va apposto un **valore bollato** (€ 27,00 dal 01/01/2014) che può essere acquistato presso il Tribunale (piano terreno), in occasione del deposito da parte del ricorrente presso la Cancelleria della Volontaria Giurisdizione (Giudice Tutelare).