

AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE ORDINARIO DI VERONA

**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)

CHIEDE

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.

Verona, lì _____

Firma del Ricorrente
