RICORSO PER AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

Al Giudice Tutelare del Tribunale Ordinario di Treviso

Il sottoscritto:

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

Nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di**

 Beneficiando  Padre o Madre

 Coniuge  Figlio/Figlia

 Convivente stabile  Fratello/Sorella

 Responsabili dei servizi socio-sanitari  Affine entro il 2° grado:

 Legale rappresentante *(specificare):*  suocero/a

 Tutore o curatore  cognato/a

 Altro parente entro il 4° grado:  genero/nuora

*(specificare):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede l’applicazione della misura di protezione ai sensi della Legge 6/2004, di:**

**Amministrazione di sostegno**

**nell’interesse di:**

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

Nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale**:

ora vive normalmente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Vive presso casa di cura, comunità o altra struttura

 Vive in famiglia con altre n.\_\_ persone conviventi

 Vive da solo  Vive in abitazione con badante

 Altro *(specificare)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto da: vedi certificazione medica allegata.

- che pertanto è necessario provvedere alla cura della persona e degli interessi del beneficiario;

- che inoltre è necessario provvedere alla protezione degli interessi economici del beneficiario;

- che il patrimonio del beneficiario è costituito dai beni di cui all’ **allegato 1**, compilato in calce al presente ricorso;

**e indica come amministratore di sostegno**

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

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_)

 in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cognome** | **Indirizzo** | **Recapito Telefonico** | **Grado di parentela** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Il sottoscritto si **impegna a:**

1. notificare tramite Ufficiale Giudiziario copia del ricorso e del decreto di fissazione udienza al beneficiario litisconsorte necessario;
2. ad acquisire dai parenti sopraindicati dichiarazione di non opposizione di cui all’ **allegato 2** da produrre in udienza;
3. in caso di mancata acquisizione della dichiarazione di cui al punto 2, a comunicare ai sopraindicati parenti copia del ricorso e del decreto di fissazione udienza con raccomandata con ricevuta di ritorno da produrre in udienza

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente inoltre indica le azioni che il beneficiario per cui si richiede l’amm.ne di sostegno/curatela/tutela è/non è in grado di effettuare *(barrare la casella corrispondente):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Sì, in modo autonomo**  | **Con l’assistenza di un amministratore di sostegno** |
| **1** | di dare il giusto significato al denaro |  |  |
| **2**  | di dare il proprio consenso per le cure  |  |  |
| **3** | di dare il proprio consenso per l’inserimento presso strutture extraospedaliere  |  |  |
| **4**  | di gestire rapporti in ambito lavorativo con i superiori e con gli uffici aziendali di ritirare personalmente la pensione  |  |  |
| **5**  | di fare acquisti personali entro un limite di €\_\_\_\_\_\_\_ settimanali / mensili ed effettuare operazioni bancarie/postali/bancomat entro un limite di €  |  |  |
| **6**  | di ritirare personalmente la pensione  |  |  |
| **7** | Altro |  |  |

Indica inoltre che **le principali spese e bisogni mensili** del beneficiario sono:

|  |  |
| --- | --- |
| **Spese mensili per le seguenti necessità:**  |  **Importo**  |
| 1) Spese per alimentazione, vestiario e cura della persona  |  |
| 2) Spese per la casa (es. affitto/mutuo/spese condominiali)  |  |
| 3) Spese per tempo libero e vacanze  |  |
| 4) Spese per la frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti  |  |
| 5) Spese per cure sanitarie o riabilitative (ad es. occhiali, dentista, carrozzine, terapie specifiche)  |  |
| 6) Altro 1: specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |
| 7) Altro 2: specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |

\* \* \*

Ai fini di quanto previsto dall’art. 9 della legge 488/99 e successive modifiche ed integrazioni si dichiara che il presente procedimento è esente dal versamento del contributo unificato.

Treviso, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile del richiedente

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

**Documentazione da allegare alla domanda (*barrare i documenti prodotti*):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | * Copia carta d’identità del ricorrente e del beneficiario
* Estratto per riassunto dell’atto di nascita del beneficiario
* Certificato di residenza e Certificato storico dello stato di famiglia del beneficiario
 |
|  | * Certificato del medico curante attestante la condizione psicofisica del soggetto con riferimento dettagliato alla sua incapacità parziale o totale di badare a se stesso; opp certificazione dello specialista che ha in carico il soggetto
 |
|  | * Eventuale certificato medico che attesti l’assoluta impossibilità del beneficiario di raggiungere il Palazzo di Giustizia. Nel caso di assoluta intrasportabilità il Giudice Tutelare effettuerà l’esame presso la dimora del beneficiario: è consigliabile l’indicazione del luogo dove deve avvenire l’esame.
 |
|  | * Allegato 1
* Allegato 2
 |
|  | * Ricevuta telematica di pagamento dei diritti di cancelleria di 27,00 euro (da pagarsi con PagoPA)

Per l’eventuale raccomandata da inviare ai parenti (vedi punto c) pag. 2 ricorso) è sufficiente una fotocopia della copia conforme del ricorso e del decreto di fissazione udienza.  |

**Allegato 1**

**Composizione del patrimonio del beneficiario**

1. **Beni Immobili:**
* **Abitazione familiare**  **SI NO** se si specificare:
* la tipologia (appartamento, villetta unifamiliare, bifamiliare, villa,…):
* il titolo di proprietà (es piena proprietà, usufrutto ecc):
* se sia attualmente concessa in locazione: **SI NO**
* l’ubicazione:
* **Altre abitazioni o altri fabbricati SI NO** se si specificare:
* la tipologia (appartamento, villetta unifamiliare, bifamiliare, villa,…):
* il titolo di proprietà (es piena proprietà, usufrutto ecc):
* se sia attualmente concessa in locazione: **SI NO**
* l’ubicazione:
* **Terreni**  **SI NO** se si specificare:
* la tipologia (agricolo, edificabile, …):
* il titolo di proprietà:
* se sia attualmente concesso in locazione:
* l’ubicazione:
1. **Beni Mobili:**

**Conti corrente** **SI NO** se si specificare:

* il numero:
* l’ammontare del saldo attivo e/o passivo alla data di presentazione del ricorso:
* l’Istituto di Credito (o l’Ufficio Postale) presso cui è stato aperto il Conto Corrente:

**Titoli o altri Investimenti Mobiliari SI NO** se si specificare:

* il numero identificativo:
* l’ammontare delle somme alla data di presentazione del ricorso:
* l’Istituto di Credito (o l’Ufficio Postale) presso cui si trovano depositate o emittente:
1. **Attuale Reddito**, specificando se derivi da pensione o da altro e la sua entità:

­­­­­­­­­­­­­­­­­­------­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­-----------------------------------------­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­-------------------------------------------------------------------

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

In fede,

Treviso, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

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

**Allegato 2**

**DICHIARAZIONE DI NON OPPOSIZIONE**

Il sottoscritto:

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

Nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di**

 Padre o Madre

 Figlio/Figlia

 Coniuge

 Convivente stabile

 Fratello/Sorella

 Affine entro il 2° grado:

 suocero/a  genero/nuora  cognato/a

 Altro parente entro il 4° grado:

*(specificare):*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara**

di essere a conoscenza della pendenza del procedimento per la nomina di amministratore di sostegno individuato nella persona di ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a favore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**e nulla oppone.**

Allega fotocopia del documento d’identità.

In fede,

Treviso, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

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