

ISTANZA DI NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
AL GIUDICE TUTELARE PRESSO IL TRIBUNALE DI ORISTANO

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____, via _____
n. _____, C.F. _____
reperibile al numero di telefono _____
e all'indirizzo di posta elettronica _____,
in qualità di _____
*(coniuge, persona stabilmente convivente, parente entro il quarto grado o affine
entro il secondo grado)*

CHIEDE

la nomina di un **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**, in favore di:

_____,
nato/a a _____ il _____,
residente in _____,
via _____ n. _____
C.F. _____

in quanto **impossibilitato/a a provvedere personalmente alla cura dei propri
interessi** per i seguenti motivi:

- affetto da grave malattia mentale;
- in stato di coma;
- altro *(da specificare)*:

(riportare le diagnosi risultanti dalla certificazione medica che si allega)

Precisa che il/la signor/a _____,

- risiede presso la propria abitazione, unitamente a _____

- è assistito/a dai familiari
- è assistito/a da personale assunto a tal fine, con retribuzione contrattuale
ammontante ad € _____
- è ricoverato/a presso _____
_____,
la cui retta mensile ammonta ad € _____

Da atto che il/la signor/a _____:

è intestatario/a o cointestatario/a del Conto Corrente / Libretto
bancario/postale _____

il cui saldo attivo attualmente ammonta ad € _____

nonché di *(Buoni Postali Fruttiferi / Titoli di Stato / Polizze)*

di valore pari ad € _____

- percepisce *(pensione di vecchiaia /invalidità /accompagnamento ecc...)*

complessivamente ammontante/i ad € _____ mensili;

- è proprietario/a dei seguenti beni *(case / terreni, specificando indirizzo, dati catastali e quote di proprietà; autovetture, specificando tipo, targa e anno di immatricolazione; altri beni di rilevante valore economico)*

- non ha in precedenza designato nessuno quale proprio possibile Amministratore di Sostegno / ha in precedenza designato il/la signor/a

quale proprio possibile Amministratore di sostegno.

Indica nel seguente elenco i prossimi congiunti (*coniuge, figli, genitori, fratelli*) della persona per cui chiede la nomina dell'amministratore di sostegno:

- _____ ,
nato/a a _____ il _____ ,
residente in _____ ,
via _____ n. _____ ,
in qualità di _____
(*specificare il grado di parentela*)
- _____ ,
nato/a a _____ il _____ ,
residente in _____ ,
via _____ n. _____ ,
in qualità di _____
(*specificare il grado di parentela*)
- _____ ,
nato/a a _____ il _____ ,
residente in _____ ,
via _____ n. _____ ,
in qualità di _____
(*specificare il grado di parentela*)
- _____ ,
nato/a a _____ il _____ ,
residente in _____ ,
via _____ n. _____ ,
in qualità di _____
(*specificare il grado di parentela*)

i quali tutti hanno già espresso il consenso perché il/la signor/a _____ venga nominato/a

amministratore di sostegno del/la beneficiario/a, come da dichiarazioni allegate
(da barrare solo nel caso in cui i prossimi congiunti abbiano già dichiarato per
iscritto il proprio consenso, allegando le rispettive dichiarazioni)

Allega:

- Estratto dell'atto di nascita del/la beneficiario/a
- Certificato di residenza e stato di famiglia del/la beneficiario/a
- Documentazione medica comprovante le condizioni di salute, in particolare psichica, del/la beneficiario/a
- Dichiarazioni dei prossimi congiunti con copia dei documenti di identità
- Estratti conto
- Visure catastali nominative ed altra eventuale documentazione inerente i beni posseduti
- Documenti di identità della parte istante e del/la beneficiario/a
- Marca da bollo da Euro 27,00.

RICHIESTE PARTICOLARI

ISTANZA DI VISITA DOMICILIARE

(da barrare in caso di impossibilità assoluta di deambulazione risultante dalla documentazione medica allegata)

Poiché la persona per cui si chiede la nomina è impossibilitata, per motivi di salute, risultanti dalla documentazione medica allegata, a recarsi personalmente al Palazzo di Giustizia, per esser esaminata dal Giudice Tutelare, chiede che la sua audizione venga effettuata nel domicilio.

IMPOSSIBILITA' DI AUDIZIONE DEL BENEFICIARIO

(da barrare in caso di impossibilità di interagire tale da precludere l'esame del beneficiario, espressamente certificata dalla documentazione medica allegata nei termini sotto riportati)

Si da atto che la persona per cui si chiede la nomina, per motivi di salute, è incapace di interagire con l'ambiente esterno, con gli occhi, i gesti e le parole ovvero in modo congruo, come certificato nella documentazione medica allegata.

ISTANZA DI NOMINA DI AMMINISTRATORE PROVVISORIO

(da barrare in caso di pregiudizio imminente e irreparabile per la persona)

Poiché vi è urgenza di compiere in nome e per conto della persona di cui si tratta i seguenti atti, indicati in modo specifico, senza alcuna possibilità di attendere l'audizione:

Chiede la nomina di un amministratore di sostegno provvisorio, proponendo per l'incarico

nato/a a _____ il _____,
residente in _____,
via _____ n. _____
affinché venga autorizzato al compimento immediato degli atti indicati.

ALTRE RICHIESTE

(da barrare nel caso si intenda richiedere l'attribuzione all'amministratore di sostegno di specifici poteri, indicando quali: p.es. attivazione bancomat o home banking, limite di spesa mensile superiore alle somme mensilmente percepite dal beneficiario, ecc. ...)

Luogo e data _____

Firma
