

**Ricorso per la nomina di un amministratore di sostegno in favore di persona priva in tutto in parte di autonomia**

**Art. 407 c.c.**

Tribunale di Pavia

Sezione II Civile - Ufficio del Giudice Tutelare

Il sottoscritto *Nome e Cognome* (e codice fiscale);

professione svolta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a ………………….…. il … …………………..

residente in ……… alla via ………., tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em@il: \_\_\_\_\_

nella sua qualità di …………….

1. Persona beneficiaria
2. Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria
3. Parente entro il quarto grado, ovvero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (es. madre)
4. Affine entro il secondo grado, ovvero: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (es. marito della sorella)
5. Tutore/curatore
6. Pubblico ministero
7. Responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona beneficiaria, poiché a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno

 **C h i e d e**

ai sensi degli artt. 404 e seg. del Cod. Civ., introdotti dalla L. 9 gennaio 2004, n. 6,

l’Apertura di una Amministrazione di Sostegno in favore di

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: (es. coincidente con la residenza/ presso la Casa di Cura sita in …..)

Dimora Abituale: (luogo presso cui la persona beneficiaria ha posto in modo non occasionale la sede dei suoi affetti e interessi. Da indicare se diversa dalla residenza o dal domicilio)

**Ragioni per cui si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno.**

La persona beneficiaria è priva in tutto/ in parte, e in modo temporaneo/definitivo, di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, e tale situazione richiede interventi di sostegno temporaneo/permanente, attraverso l’apertura di una amministrazione di sostegno, da ritenersi adeguata in ragione delle condizioni soggettive e oggettive della persona da tutelare, tali da escludere la necessità di una misura di protezione di maggiore incidenza. In particolare, la persona beneficiaria presenta una situazione clinica/sanitaria come documentata nei **certificati allegati** e, in particolare, può ritenersi che sia:

1. In stato di dipendenza da alcool
2. In stato di dipendenza da sostanze stupefacenti
3. In stato di dipendenza da giuochi o scommesse (ludopatie)
4. Affetto da demenza senile (specificare il tipo: es. Alzheimer).
5. Affetto da disabilità mentale/fisica
6. Affetto da un **disturbo mentale** (es. portatore di schizofrenia).
7. Non autosufficiente a causa di ……………
8. Altre situazioni

**A causa della sua situazione,**

1. la persona beneficiaria può compiere, da sola, i seguenti atti:

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

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

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

1. non può, compiere, da sola, i seguenti atti

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

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

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

Si chiede l’apertura dell’amministrazione di sostegno a tempo determinato (per la durata di ……………....)/ a tempo indeterminato.

Il beneficiario

 è d’accordo alla misura di protezione/

rifiuta la misura di protezione.

Si indicano il nominativo ed il domicilio (se conosciuti dal ricorrente) del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi del beneficiario:

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

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

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

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

**Eventuale. Episodi, a conoscenza del ricorrente, che mettono in evidenza l’utilità/necessità dell’amministrazione di sostegno**

*Esempi*.

**Informazioni Utili** (nei limiti in cui conosciute dal ricorrente.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Trasportabilità**Il beneficiario non è trasportabile in Tribunale (si chiede l’esame delegato ex art. 407, comma II, c.c.) | Il beneficiario è trasportabile in Tribunale. |
| **Situazione patrimoniale**Il beneficiario è proprietario dei seguenti beni immobili ……Il beneficiario è titolare delle seguenti pensioni/retribuzioni …..Il beneficiario ha una media/generale spesa mensile pari a ………… |  |
| **Eventuali Conflitti di interessi**Il ricorrente è erede del beneficiarioIl ricorrente è donatario del beneficiarioIl ricorrente è il beneficiario sono comproprietari di ……Il ricorrente e il beneficiario hanno in corso procedimenti giurisdizionaliTra ricorrente e beneficiario sussistono ragioni di credito/debito .. |  |

Eventuali compiti specifici che si richiede vengano assegnati all’amministratore di sostegno, in ragione delle condizioni oggettive e soggettive della persona beneficiaria ovvero eventuali limitazioni che si richiede alla stessa vengano estese ex art. 411, comma IV, c.c.

|  |  |
| --- | --- |
| **Compiti***Es.* Gestione di immobili | **Limitazioni***Es.* esclusione della capacità di donare; |

**Propone**

ai sensi dell’art. 408 codice civile, che venga nominato come amministratore di sostegno della persona beneficiaria:

1. *il coniuge (ma che non sia separato legalmente),*
2. *la persona stabilmente convivente,*
3. *il padre, la madre,*
4. *il figlio o il fratello o la sorella,*
5. *il parente entro il quarto grado*
6. *il soggetto designato dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata*
7. *un terzo estraneo al nucleo familiare*

**Allega**

1. Certificato di nascita e di residenza della personal beneficiaria
2. Documento di identità della parte ricorrente
3. Documentazione medica relativa alla persona beneficiaria
4. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale della personal beneficiaria
5. Eventuale certificato di non trasportabilità
6. Eventuali non-opposizioni al ricorso, firmate dai parenti della persona beneficiaria
7. Altri documenti utili

Luogo e Data …………… FIRMA

 *(leggibile)*