

**AL TRIBUNALE ORDINARIO DI NOCERA INFERIORE****Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno**

AFFARI CIVILI NON CONTENZIOSI DA TRATTARSI IN CAMERA DI CONSIGLIO

Il sottoscritto

**DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE**

COGNOME E NOME	<input type="text"/>
DATA E LUOGO DI NASCITA	<input type="text"/>
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n° civico, CAP)	<input type="text"/>
CODICE FISCALE	<input type="text"/>
NUMERO TELEFONICO/FAX	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>

In qualità di:

- coniuge non separato legalmente
- convivente stabile
- padre o madre
- figlio/a
- fratello/sorella
- altro parente (entro il quarto grado: nonno, bisnonno, nipote, pronipote, zio, cugino)
- suocero o cognato
- altro \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO**

COGNOME E NOME	<input type="text"/>
DATA E LUOGO DI NASCITA	<input type="text"/>
RESIDENZA (Via/Piazza, n° civico, Città, Cap)	<input type="text"/>
DOMICILIO (Solo se diverso dalla residenza)	<input type="text"/>

**PREMESSO CHE**

- il/la signor/a \_\_\_\_\_ come risulta dalla certificazione medica che si allega, è affetto/a da (specificare patologia):  
\_\_\_\_\_
- tale patologia lo pone nell'impossibilità:  
 Totale       Parziale       Temporanea       Permanente

- di provvedere ai propri interessi a causa di infermità/menomazione fisica/psichica:

---



---

accertata da:

<b>MEDICO</b> <b>SPECIALISTA/ DI BASE</b> <small>(TELEFONO, FAX, INDIRIZZO)</small>	
<b>SERVIZI SOCIALI</b> <small>(TELEFONO, FAX, INDIRIZZO)</small>	
<b>STRUTTURA SANITARIA</b> <small>(TELEFONO, FAX, INDIRIZZO)</small>	

- si rende necessario conseguentemente provvedere alla nomina di un Amministratore di Sostegno che possa

**Assisterlo/a**

**Rappresentarlo/a**

nel compimento degli atti di seguito precisati:

---

- il beneficiario si trova *(Breve descrizione delle condizioni economiche e di vita del beneficiario e dei suoi principali bisogni, nonché delle principali azioni per le quali necessita il sostegno; indicazione delle persone che si occupano abitualmente di lui):*

### **CHIEDE**

Che la S.V. voglia nominare un A.D.S. per \_\_\_\_\_

Si chiede che la nomina avvenga a tempo:

**Indeterminato**

**Determinato**

Si chiede che l'A.D.S. venga incaricato di assistere e/o rappresentare il beneficiario nel compimento, a titolo indicativo, dei seguenti atti da compiersi senza necessità di separata autorizzazione:

1. riscossione della pensione e/o indennità e/o retribuzione mediante accredito su conto corrente intestato all'amministrato;
2. utilizzo di tali importi per le esigenze ordinarie dell'amministrato oppure utilizzo di tali importi nella misura di Euro \_\_\_\_\_ al mese per le esigenze ordinarie della persona assistita e l'ordinaria amministrazione dei suoi beni e deposito della differenza sul conto di cui al punto 1);
3. espletamento di ogni incombenza di carattere burocratico-amministrativo inerente i rapporti con enti pubblici o istituzioni private, ivi compresa la presentazione di istanze per la richiesta di assistenza, anche sanitaria, e di sussidi;

4. presentazione della dichiarazione dei redditi e sottoscrizione di atti di natura fiscale;
5. individuazione e scelta delle terapie ritenute più idonee per la tutela e la salute del beneficiario secondo le indicazioni dei sanitari che lo hanno in cura, ivi compreso il ricovero presso struttura idonea alla cura, prestazione del consenso informato ai trattamenti sanitari ritenuti utili e necessari alla cura del beneficiario;
6. assistenza o rappresentanza del beneficiario nel compimento di tutti gli atti di straordinaria amministrazione menzionati nell'Allegato n° xxx della Guida previa autorizzazione del Giudice Tutelare;
7. altro:

---

**SI PRECISA CHE**

- il beneficiario è titolare dei seguenti trattamenti pensionistici e/o indennità e/o retribuzioni:
- 
- il beneficiario è intestatario dei seguenti rapporti bancari:

<i>BANCA/POSTA</i>	
<i>NUMERO CONTO CORRENTE</i>	
<i>ABI</i>	
<i>CAB</i>	
<i>IBAN (27 CIFRE)</i>	- - - - -
<i>INTESTATARIO/I</i>	
<i>PRESENZA EVENTUALI DELEGHE</i>	
<i>SALDO ALLA DATA ATTUALE</i> --/--/----	

- il beneficiario è:
  - proprietario**
  - titolare di altro diritto reale**

dei seguenti immobili (*indicare per ognuno di essi l'utilizzo attuale degli stessi*):

- il beneficiario è titolare:

<b>DEPOSITI</b> <i>bancari/postali</i>	<input type="checkbox"/> <b>presenti</b>	<input type="checkbox"/> <b>assenti</b>
<b>POLIZZE VITA</b>	<input type="checkbox"/> <b>presenti</b>	<input type="checkbox"/> <b>assenti</b>

<b>ALTRI TITOLI BANCARI O ASSICURATIVI</b>	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
<b>PARTECIPAZIONI IN AZIENDA</b>	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
<b>ALTRI RAPPORTI ECONOMICI</b>	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti
<b>ULTERIORI PROPRIETA'</b>	<input type="checkbox"/> presenti	<input type="checkbox"/> assenti

- il beneficiario è proprietario delle seguenti autovetture e/o motocicli:

---



---

### PROSSIMI CONGIUNTI DEL BENEFICIARIO (oltre al richiedente)

Specificare generalità e domicilio del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli, parenti entro il IV grado del beneficiario, nonché dei conviventi della persona per la quale si richiede la nomina:

	GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO <i>(Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)</i>	TELEFONO/FAX/ EMAIL
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				

Si precisa infine che ha dato la propria disponibilità a ricoprire l'incarico di A.D.S. il/la sig./ra:

COGNOME E NOME	<input type="text"/>
DATA E LUOGO DI NASCITA	<input type="text"/>
RESIDENZA <i>(Via/Piazza, n°civico Città, Cap)</i>	<input type="text"/>
NUMERO TELEFONO/FAX	<input type="text"/>
EMAIL	<input type="text"/>

EVENTUALI MOTIVAZIONE DELLE  
RAGIONI PER LE QUALI SI E'  
INDIVIDUATO IL NOMINATIVO

Inoltre, il sottoscritto che il beneficiario *(scegliere tra le due opzioni)*

- è trasportabile in ambulanza e potrà comparire all'udienza che il Giudice Tutelare vorrà fissare
- non è trasportabile in ambulanza e non potrà comparire all'udienza che il Giudice Tutelare vorrà fissare

Inoltre è consapevole del fatto che il presente ricorso comporta l'onere del ricorrente di avvisare il beneficiario, tutti i parenti del beneficiario entro il quarto grado e gli affini entro il secondo grado, dell'udienza che il Giudice Tutelare vorrà fissare, fornendone prova nel corso dell'udienza stessa, mediante esibizione di notifica di comparizione e/o di dichiarazione/motivazione scritta e firmata da coloro che non compariranno.

Nocera Inferiore, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara che il presente ricorso è nell'esclusivo interesse dei minori ed esente dal contributo.

Nocera Inferiore, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE E DIRITTI DOVUTI

1. N° 1 marca da bollo da € 27,00
2. Certificato di nascita del beneficiario;
3. Certificato di residenza attuale del beneficiario;
4. Stato di famiglia storico della persona potenzialmente beneficiaria dal quale si desume la composizione della famiglia di origine o dichiarazione sostitutiva;
5. Attestazione medico sanitaria sulle condizioni di salute del beneficiario;
6. Certificato che attesti eventuale ricovero del beneficiario in struttura sanitaria, casa riposo, altro;
7. Certificato del medico curante che attesti la condizione psico-fisica del beneficiario con riferimento dettagliato all'incapacità parziale o totale di badare a se stesso;
8. Dichiarazione sull'impossibilità del beneficiario a comparire all'udienza che si terrà in Tribunale dal Giudice Tutelare, neppure se trasportato in ambulanza o dichiarazione del medico che lo attesti.