

ISTANZA PER LA REVOCA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

(ART. 413 COMMA 1 COD.CIV.)

TRIBUNALE DI LIVORNO

SEZIONE CIVILE – UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE

Il sottoscritto (*Nome e Cognome*):

.....

C.F.:

.....

nato a

il.....

residente a

.....

in via

.....

tel. fax mail

.....

professione svolta:

.....

nella sua qualità di :

1) Persona beneficiaria

2) Amministratore di sostegno del beneficiario

3) Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria

4) Parente entro il quarto grado, ovvero: (es. madre)

5) Affine entro il secondo grado, ovvero: (es. marito della sorella)

6) Pubblico Ministero

7) Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna la **revoca** della Amministrazione di sostegno.

CHIEDE

ai sensi degli artt. 413 comma 1 sg. cod. civ. (legge 9 gennaio 2004, n. 6)

LA REVOCA DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

GIÀ PENDENTE IN FAVORE DI:

NOME

COGNOME

C.F.

NATO A IL

RESIDENTE A

IN VIA

DIMORA ABITUALE:

luogo in cui il beneficiario ha la sede stabile dei suoi affetti ed interessi: da indicare qualora sia diversa dalla residenza o dal domicilio (es.: presso la Casa di Cura sita in...../ presso un parente.....). **ISTANZA**

SPECIFICARE LE RAGIONI PER CUI SI CHIEDE LA REVOCA

(ai sensi dell'art. 413 comma 1 c.c., l'istanza deve essere "*motivata*", altrimenti è suscettibile di rigetto.

Altresì il Giudice può revocare la nomina anche d'ufficio: art. 413 comma 4 c.c.):

SI SONO DETERMINATI I PRESUPPOSTI PER LA CESSAZIONE DELLA A.D.S., PER I MOTIVI CHE SEGUONO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO È RISULTATA INIDONEA A REALIZZARE LA PIENA TUTELA DEL BENEFICIARIO, PER I SEGUENTI MOTIVI:

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(EVENTUALE INTEGRAZIONE)

Il richiedente **PROPONE** i seguenti mezzi istruttori e/o l'acquisizione delle seguenti informazioni (ex art. 413 c.c.) ad ulteriore fondamento della domanda di **revoca**:

.....
.....
.....

ALLEGA (documenti utili – in specie, certificati medici, relazioni cliniche, perizie....):

.....
.....
.....

Luogo e data FIRMA (leggibile)