

RICORSO AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

(Legge 9 Gennaio 2004, n° 6)

ILL.MO GIUDICE TUTELARE PRESSO IL TRIBUNALE DI LIVORNO

Il sottoscritto/a _____ Nato/a _____
Il _____ Residente a _____
Via/piazza _____ n° _____
Tel. _____ Cell. _____ Email _____

In qualità di:

Beneficiario

Coniuge

Persona stabilmente convivente

Parente (Specificare grado di parentela entro il IV grado)

Affine (Specificare grado di affinità entro il II grado)

Legittimato ai sensi e per gli effetti dell' art. 417 cod. civ.

CHIEDE

Alla S.V., verificata la propria competenza territoriale e per materia, di provvedere, ai sensi dell'art. 405 cod. civ. all'apertura di un' Amministrazione Di Sostegno a favore di :

Nome e Cognome _____
Nato/a _____ Il _____ Residente a _____
Via/piazza _____ n° _____
Con abituale dimora a _____ Via/piazza _____ n° _____
Tel. _____ Cell. _____ Email. _____

La richiesta è motivata dalle seguenti ragioni:

Il/La Signor/a _____ Si trova nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi a causa delle seguenti infermità ovvero menomazioni fisiche e/o menomazioni psichiche (specificare) _____

Tale impossibilità è da considerarsi (come da certificazione mediche allegata) :

permanente temporanea (specificare il periodo)

Si comunica che il medico di famiglia è il/la Dottor./ssa. _____

Con ambulatorio in _____ tel./ cell. _____

A TAL FINE DICHIARA CHE:

La persona segnalata è informata della presente segnalazione SI NO

(indicare i motivi in caso negativo) _____

La persona segnalata aderisce alla presente segnalazione SI NO

(indicare i motivi in caso negativo) _____

La persona segnalata può presentarsi autonomamente, ovvero a mezzo di autoambulanza davanti al Giudice Tutelare SI NO

(in caso negativo indicare i motivi e l'indicazione del luogo dove deve avvenire l'esame del beneficiario e presentare certificato medico che indichi le ragioni per cui il beneficiario non può raggiungere il tribunale neppure a mezzo di autoambulanza) _____

Si informa che, per quanto a propria conoscenza il/la Signor/a _____

Non ha designato alcun Amministratore di Sostegno

Ha designato quale proprio Amministratore di Sostegno, mediante atto ricevuto dal notaio _____

con studio in _____ il/la signor/a _____
nato/a _____ il _____ residente in _____
via/piazza _____ n° _____

Si informa inoltre, per quanto occorrer possa, che:

Si è dichiarata disponibile a svolgere tale compito, nell'esclusivo interesse del beneficiario, la persona di seguito indicata :

Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ Il _____ Residente a _____

Via/Piazza _____ n° _____

Domiciliato a _____ Via/piazza _____ n° _____

La suddetta persona ha offerto la propria disponibilità per i seguenti motivi : _____

Nessuna persona si è dichiarata disponibile a svolgere tale compito

TUTTO CIO' PREMESSO:

Propone che l'Amministratore di Sostegno : (fare un'elenco più dettagliata possibile)

- possa sostituire oppure assistere

Nei seguenti atti di ordinaria amministrazione senza necessità separata, ulteriore autorizzazione:

- Possa compiere i seguenti atti di straordinaria amministrazione:

- Possa compiere i seguenti atti di cura alla persona (indicare quale attività è necessaria)

RAVVISANDONE LA NECESSITA' CHIEDE ALTRESI'

- alla S.V. di nominare un Amministratore di Sostegno provvisorio per il compimento dei seguenti atti :

La richiesta è motivata dalle seguenti ragioni :

Il beneficiario usufruisce delle seguenti prestazioni :

- Ricovero in struttura residenziale (indicare quale) _____
- Ricovero in struttura semiresidenziale (indicare quale) _____
- Assistenza domiciliare diretta
- Assistenza domiciliare indiretta
- Pasti a domicilio
- Servizio di trasporto/accompagnamento
- Soggiorni estivi per anziani/disabili
- Inserimento lavorativo o socio-terapeutico
- Altro indicare quale _____

SITUAZIONE ECONOMICA

Situazione reddituale (indicare, se disponibili e conosciuti, gli importi annui risultanti dall'ultima dichiarazione presentata o relativi all'annualità precedente a quella di presentazione della domanda di ricorso)

Reddito imponibile dichiarato ai fini IRPEF _____

Imposta netta dichiarata ai fini IRPEF _____

Altre entrate non imponibili ai fini IRPEF _____

Allegato 1

SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA DEL BENEFICIARIO

- Riconoscimento invalidità civile SI ____ % NO RICHIESTA IN CORSO
 - Indennità di accompagnamento SI NO
 - Accertamento handicap SI NO
 - Godimento dell'abitazione PROPRIETA' COMODATO NUDA PROPRIETA'
- LOCAZIONE (indicare il canone) _____ Altro_____

SITUAZIONE LAVORATIVA

- Occupato presso ditta privata (indicare quale) _____
- Occupato presso ente pubblico (indicare quale) _____
- Occupato presso Cooperativa sociale (indicare quale) _____
- Libera professione (indicare quale) _____
- Pensionato
- Disoccupato

SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il beneficiario è conosciuto dai Servizi Sociali territoriali :

SI dal/...../..... Servizio Sociale di _____

Via _____ Tel. _____

Assistente Sociale/ Operatore _____

NO

Il beneficiario usufruisce dei seguenti interventi economici per :

- Integrazione minimo vitale
- Pagamento canone di locazione
- Pagamento utenze (acqua, luce, gas...)
- Assistenza domiciliare diretta
- Altro (specificare) _____

Fa presente nominativo, data di nascita, residenza e numero di telefono/cellulare dei parenti entro il IV grado (genitori, figli, fratelli, nipoti e cugini), ed affini entro il II grado (cognati, suoceri, generi e nuore) – (questi dati devono essere indicati solo se conosciuti).

Altre informazioni utili per il ricorso:

Con osservanza

Data

Firma (per esteso e leggibile)

ALLEGATI :

1. Scheda relativa alla situazione socio-economica del beneficiario.
 2. Copia del certificato di nascita del beneficiario.
 3. Certificato residenza e stato di famiglia del beneficiario.
 4. Documentazione medica attestante la menomazione del beneficiario e la sua influenza sulla vita di relazione e indicare l'eventuale impossibilità di raggiungere la sede del Giudice Tutelare. È opportuno inoltre allegare la certificazione di invalidità, la certificazione ex Legge n° 104/92 ecc..
 5. Fotocopia carta d'identità e codice fiscale di/dei ricorrente/i e del beneficiario.
 6. Ricevuta del pagamento telematico di € 27,00.