

## **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'elencazione 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).

NOME e COGNOME	DATA DI NASCITA	RESIDENZA	TEL./CELL.	RELAZIONE CON IL BENEFICIARIO

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.