

**RICORSO PER LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
AL GIUDICE TUTELARE del TRIBUNALE DI LIVORNO**

Il/la sottoscritto/a (ricorrente) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_; nella sua qualità di \_\_\_\_\_ del signor / della signora \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_ ed ivi abitualmente dimorante; oppure e domiciliato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

**PREMESSO**

- che il/la predetto/a signor/signora (beneficiario) \_\_\_\_\_ si trova nella impossibilità parziale/ totale/ temporanea/ permanente di provvedere ai propri interessi a causa di infermità (oppure: di menomazione) fisica (oppure: psichica);
- che il/la signor/signora \_\_\_\_\_ è affetto/a da \_\_\_\_\_ come risulta da documentazione medica e pertanto non è in grado di provvedere autonomamente ai propri interessi;
- che si rende quindi necessario provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno che possa rappresentare / assistere) il/la signor/signora \_\_\_\_\_ nel compimento degli atti di seguito precisati;
- tutto quanto premesso, lo scrivente

**CHIEDE**

- la nomina di un amministratore di sostegno ai sensi della legge 6/2004 nell'interesse del/della signor/ra \_\_\_\_\_ ed indica quale amministratore di sostegno la persona del signor \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_ affinché possa rappresentarlo e/o assisterlo nel compimento dei seguenti atti senza necessità di separata, ulteriore, autorizzazione:

(segue elenco preciso dettagliato dei compiti che l'amministratore di sostegno dovrà svolgere, a titolo esemplificativo e sommariamente:

- compiere gli adempimenti per l'assistenza e le cure socio-assistenziali del beneficiario;
  - procedere all'acquisto e/o al pagamento dei beni essenziali per le esigenze e la qualità della vita del beneficiario come ad esempio alimentari, vestiario e medicinali;
  - occuparsi del pagamento delle utenze e della manutenzione della casa, nonché di ogni altra richiesta connessa:
  - riscuotere ogni beneficio economico, etc.)
  - che trattandosi di infermità permanente la nomina avvenga a tempo indeterminato
- oppure
- che trattandosi di infermità temporanea la nomina venga effettuata per mesi

\*\*\*

A sostegno della domanda, si allega la seguente documentazione:

1. Copia integrale del certificato di nascita del beneficiario;
2. Documentazione medica attestante l'infermità ovvero la menomazione psicofisica del beneficiario che determinano la sua incapacità parziale o totale di provvedere ai propri interessi;

3. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale del beneficiario (redditi, pensione, stipendi, assegni di accompagnamenti, rendite, conti correnti, titoli, estratti conto, dichiarazione dei redditi, immobili, etc.);
4. Documenti attestanti l'eventuale opposizione dei parenti prossimi alla domanda di amministrazione di sostegno;
5. Altro (fotocopia del documento di identità del ricorrente e del beneficiario, marca da bollo, etc.)

\*\*\*

Il ricorrente indica, inoltre, le generalità e gli indirizzi dei parenti stretti (genitori, fratelli, figli), del coniuge e dei conviventi del beneficiario a lui noti:

---

---

---

Il ricorrente si impegna ad informare detti soggetti circa l'udienza fissata dal Giudice Tutelare e a fornire prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa (attraverso presentazione di ricevuta di ritorno di una raccomandata o dichiarazione scritta e firmata dall'interessato).

A sostegno della presente richiesta il ricorrente, con riferimento all'esperienza di vita quotidiana e alle relazioni sociali, sanitarie, psicologiche, educative, indica:

A) Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere in modo autonomo:

---

---

---

B) Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere solo con l'assistenza di un amministratore di sostegno

---

---

---

C) Le azioni che il beneficiario non è in grado di compiere

---

---

---

D) le principali spese e i principali bisogni del beneficiario

---

---

---

pertanto, si indica in euro \_\_\_\_\_ mensili il limite di spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con le rendite del beneficiario.

\*\*\*

Ravvisandosi ragioni di urgenza, lo scrivente evidenzia la necessità di provvedere al compimento immediato degli atti di cui appresso, per i seguenti motivi

---

---

---

\_\_\_\_\_, in data \_\_\_\_\_

Il ricorrente

---