

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO  
(Legge 9 gennaio 2004, n.6)

ILL.MO GIUDICE TUTELARE  
PRESSO IL TRIBUNALE DI LIVORNO

Il sottoscritto..... Nato a.....  
il..... Residente a..... via..... n.....  
Tel..... Cell..... Fax..... email.....

In qualita di\*:

Beneficiario

Coniuge

Persona stabilmente convivente

Parente  (Specificare grado di parentela-entro il IV grado).....

Affine  (Specificare grado di affinita-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..... Fax..... E-mail.....

La richiesta è motivata dalle seguenti ragioni:

Il/La Signor/a..... si trova nella 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 medica allegata):

permanente  temporanea  specificare il periodo.....

Si comunica che il medico di famiglia è il dott. .... con ambulatorio in  
..... tel. ....

A tal fine dichiara che :

la persona segnalata è informata  
della presente segnalazione Si  No  (in caso negativo indicare i motivi)  
.....  
.....

la persona segnalata aderisce  
alla presente segnalazione Si  No  (in caso negativo indicare i motivi)  
.....  
.....

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..... non ha designato alcun Amministratore di  
Sostegno

Il/La signor..... ha designato quale proprio Amministratore di  
Sostegno, mediante atto ricevuto dal notaio....., con studio in.....  
signor..... nato a..... il.....  
residente in.....

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 ..... 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 ciò premesso

Propone che l'Amministrazione di Sostegno : (fare un'elencazione quanto piu' dettagliata possibile):

possa sostituire  ovvero 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 della persona (indicare quale attività è necessaria):

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



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 | <input type="text"/> |
| Imposta netta dichiarata ai fini IRPEF      | <input type="text"/> |
| Altre entrate non imponibili ai fini IRPEF  | <input type="text"/> |
| _____                                       | <input type="text"/> |
| _____                                       | <input type="text"/> |
| _____                                       | <input type="text"/> |

# ALLEGATO 1

## SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA DEL BENEFICIARIO

Riconoscimento Invalidità Civile    si  ..... %    no     richiesta in corso   
Indennità di accompagnamento    si     no   
Accertamento handicap    si     no     in gravità   
Godimento dell'abitazione  
Proprietà     Comodato     Nuda proprietà   
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..... Fax.....  
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 indiretta   
Altro  (specificare).....

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

| Nominativo | Data di Nascita | Residenza | Telefono | Relazione con il beneficiario |
|------------|-----------------|-----------|----------|-------------------------------|
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |
|            |                 |           |          |                               |

Altre informazioni utili per l'istruttoria:

---

---

---

---

---

Con osservanza

Data, \_\_\_\_\_

Firma (per esteso e leggibile)

ALLEGATI:

Allegato 1: Scheda relativa alla situazione socio-economica del beneficiario

Allegato 2: copia del certificato di nascita del beneficiario

Allegato 3: certificato di residenza e stato di famiglia del beneficiario

Allegato 4: documentazione medica attestante la menomazione del beneficiario e la sua influenza sulla vita di relazione e indicate l'eventuale impossibilità di raggiungere la sede del Giudice Tutelare. E' opportuno inoltre allegare la certificazione di invalidità, la certificazione ex legge n.104/92, ecc...

Allegato 5: fotocopia carta d'identità e codice fiscale di ricorrente/i e beneficiario