**Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno**

**AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE ORDINARIO DI GENOVA**

|  |
| --- |
| Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………………….…………. |
| nato a ……………………………………… | il……………… | residente in……………………… |
| Via ………………………………………………….. | tel………………………………….……….. |
| **In qualità di**: [\_] beneficiario [\_] padre o madre [\_] coniuge non separato legalmente[\_] convivente stabile [\_] figlio/a [\_] fratello/sorella [\_] tutore/curatore[\_] altro parente entro il quarto grado….………………………………………………..…………[\_]affine (parente del coniuge) entro il secondo grado……………………………..…..………….. |
| **SEGNALA CHE**  |
| Cognome………………………….……….…… Nome …………………………………………… |
| nato a …………………………………(\_\_) | il ……………… | residente in………………………. |
| Via …………………………………………………. | tel………………………………………….. |
| C.F. …………………………………………………………….. |
| Paternità……………………………………… maternità …………………………………………... |
| è privo in tutto o in parte di autonomia nell’espletamento delle funzioni della vita quotidiana ed ha necessità di interventi di sostegno.Per tale ragione ricorre al giudice tutelare e, a tal fine, fa presente quanto segue:  |
| **Situazione domiciliare e personale della persona:** Dimorante in ...................................................Via………………………………………...……….... |
| [\_] vive presso casa di cura, comunità o struttura [\_] vive in famiglia con …………….………… [\_] vive da solo [\_] vive in abitazione con badante [\_] altro ………………………………………**La persona è:**  |
| [\_] celibe/nubile | [\_] divorziato | [\_] separato da | [\_] coniugato con | [\_] convivente con |
| Cognome……………………………………………. | Nome………………………………………. |
| Nato ………………………………………. | il ………………. | residente in……………………… |
| Via ………………………………………………….. | tel……………………………………… |
| **Situazione patrimoniale** **della persona** *(nei limiti in cui è nota)*Entrate: *(stipendi pensioni/indennità*)……………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..Conti correnti/depositi/libretti/investimenti con saldo ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Beni immobili………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..Mezzi (auto/moto)……………………………………………………………………………….. |
| **Condizioni fisiche della persona** *(se noto, specificare anche se la persona per la quale si chiede l’Amministrazione è seguita dai Servizi Sociali o dai Servizi Psichiatrici, indicando le figure di riferimento - Assistente Sociale - Medico di riferimento)* |
| [\_] affetto da disabilità mentale [\_] affetto da disabilità fisica [\_] affetto da demenza senile[\_] in stato di dipendenza da alcool o stupefacenti [\_] in stato di dipendenza da giuochi e scommesse [\_] altro …………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….. |
| **Autonomia della persona** [\_] autosufficiente [\_] non autosufficiente [\_] esce di casa da solo [\_] non esce di casa da solo [\_] sedia a rotelle o cammina con difficoltà [\_] allettato [\_] capace di interloquire………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….. |
| e PRODUCE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI MEDICHE:1)……………………………………………………………………………………………………2)……………………………………………………………………………………………………3)……………………………………………………………………………………………………. |
| **Precisa che la persona per la quale si richiede l’Amministrazione ha i seguenti familiari da me conosciuti:**  |
| [\_] **CONIUGE o CONVIVENTE** ……………………………………………………………………………………………..…………nato a………………………………….il ………………………………. |
| [­­\_] **ASCENDENTI**…………………………………………………………………………….…………………………nato a………………………………….il ……………………………….……………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ………………………………. |
| [­­\_] **DISCENDENTI**1.…………………………………………………………………………….………………………nato a………………………………….il ……………………………….2.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….3.……………………………………………………………………………………………………nato a………………………………….il ………………………………. |
| [\_] **FRATELLI E SORELLE**1.…………………………………………………………………………………nato a………………………………….il ……………………………….2.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….3.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….. |
| **ALTRI PARENTI ENTRO IL 4° GRADO**……………………………………………………………………………………………………… |
| **AFFINI (PARENTI DEL CONIUGE DEL BENEFICIARIO) ENTRO IL 2° GRADO**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**NOTE relative al consenso dei parenti**  (*specificare se sono allegate le dichiarazioni di consenso o le ragioni per le quali non si producono)*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Fa presente che: la persona è informata della presente segnalazione: [\_] Si [\_] No (*nell’ipotesi di risposta negativa si specifichi la motivazione*)……………………………………………………………………………………………………………………………[\_] è d’accordo [\_] non è d’accordo con la nomina  |
| **Pertanto, CHIEDE LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**[\_] a tempo determinato [\_] a tempo indeterminatoper la cura della persona e per l’amministrazione del suo patrimonio**E PROPONE PER TALE INCARICO IL SEGUENTE NOMINATIVO** |
| [\_] il sottoscritto ricorrente…………………………………………………………………….……Nato a …………………………..……………………il ……………………………………………Residente in …………………………………………….via……………………………………… telefono…………………………………email…………………………..…………………………. |
| [\_] altra persona………………………………………………………………………Nato a …………………………..……………………il …………………………………………Residente in …………………………………………….via………………………………………telefono…………………………………email…………………………..………………………….rapporto di parentela………………………………………………………………………………… |
| [\_] professionista Fa presente di depositare contestualmente [\_] domanda di a amministrazione provvisoria[\_] domanda di autorizzazione al compimenti di un singolo atto ai sensi dell’art 405 4° comma c.c.  |

**Allega :**

[\_] certificazioni mediche sopra indicate

[\_] copia documento di identità del ricorrente, del beneficiario e dell’amministratore proposto (*se diverso dal ricorrente)*

[\_] euro 27 diritti di notifica (pagamento telematico da pst.giustizia.it)

[\_] consenso dei parenti

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

GENOVA, …………………………………….

 …………………………………………………….

 (firma del richiedente)