***AL GIUDICE TUTELARE PRESSO IL***

***TRIBUNALE ORDINARIO DI GENOVA***

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

**con richiesta di nomina provvisoria ed urgente**

Il/La sottoscritto/a ……………………………….. (cod. fisc. ……………………………….)

nato/a a …………….……………………. (……), residente in ………………………………

Via ………………………civico….…… interno ……..

recapito telefonico …………………… indirizzo e.mail ……………… - pec ……………………..

**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……………………………..…..……………..

della persona per la quale si chiede la nomina di un amministratore di sostegno

**SEGNALO CHE**

**il/la signor/ra**

|  |
| --- |
| Cognome………………………….……….…… Nome …………………………………………… |
| nato/a a …………………………… | il ……………… | residente in………………………. |
| Via …………………………………………………. | tel………………………………………….. |
| C.F. ………………………………………………  |
| Paternità……………………………………… Maternità …………………………………………... |

di seguito detto anche solo “il/la beneficiario/a”

**è privo/a in tutto o in parte di autonomia nell’espletamento delle funzioni della vita quotidiana ed ha necessità di un amministratore di sostegno.**

Per tale ragione ricorro al Giudice Tutelare e, a tal fine, riferisco quanto a mia conoscenza sul beneficiario:

**SITUAZIONE DOMICILIARE e personale**

dimora in ……………….. via ………………………..

[\_] vive presso casa di cura, comunità o struttura

[\_] vive in famiglia con …………………………

[\_] vive da solo/a

[\_] vive in abitazione con badante

[\_] altro ……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATO CIVILE**[\_] celibe/nubile | [\_] coniugato con  | [\_] separato da | [\_] divorziato da  | [\_] convivente con |
| Cognome……………………………………………. | Nome………………………………………. |
| nato ………………………………………. | il ………………. | residente in……………………… |
| Via ………………………………………………….. | tel……………………………………… |

 Email ……………………………………………….

|  |
| --- |
| **CONDIZIONI FISICHE/DI SALUTE** *(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 giochi e scommesse [\_] altro …………………………………………………………………………..FIGURE DI RIFERIMENTO SE NOTE: ………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….. |
| **GRADO DI AUTONOMIA** [\_] autosufficiente [\_] non autosufficiente [\_] esce di casa da solo [\_] non esce di casa da solo [\_] è in sedia a rotelle o cammina con difficoltà [\_] è allettato [\_] è capace di interloquire………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………….. |
| **SITUAZIONE PATRIMONIALE (SE CONOSCIUTA)**Percepisce (stipendio/pensione/indennità)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..E’ titolare di conti correnti /deposito titoli/ libretti / indicare saldo se conosciuto……………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….E’ proprietario di beni immobili ………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..E’ proprietario di mezzi di trasporto (es. auto/moto)……………………………………………………..………..……………………………………….. |

**FAMILIARI**

|  |
| --- |
| [\_] **CONIUGE o** [\_] **CONVIVENTE** ……………………………………………………………………………………………..…………nato a………………………………….il ………………………………. |
| [­­\_] **ASCENDENTI**1.…………………………………………………………………………….……………………nato a………………………………….il ……………………………….2. ………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ………………………………. |
| [­­\_] **DISCENDENTI**1.…………………………………………………………………………….………………………nato a………………………………….il ……………………………….2.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….3.……………………………………………………………………………………………………nato a………………………………….il ………………………………. |
| [\_] **FRATELLI E SORELLE**1.…………………………………………………………………………………nato a………………………………….il ………………………………. residente in 2.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….residente in 3.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….. |
| residente in ………………………………………………………………………………..**ALTRI PARENTI ENTRO IL 4° GRADO** |
| 1.…………………………………………………………………………………nato a………………………………….il ………………………………. residente in 2.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….residente in 3.………………………………………………………………………………………………… nato a………………………………….il ……………………………….. |
| residente in ………………………………………………………………………………..**NOTE SUL CONSENSO DEI FAMILIARI** I familiari sono al corrente del presente ricorso e sono d’accordo (si allegano gli atti di assenso) – oppure indicare i motivi per cui i familiari / o alcuni non sono al corrente o non sono d’accordo …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………..  |

**SI PRECISA CHE IL/LA BENEFICIARIO/A**

|  |
| --- |
| è informato/a della presente domanda: [\_] Si [\_] No **E** [\_] è d’accordo [\_] non è d’accordo con la nomina  |

**…………………………………………………………………………………………………………**

**\*\*\***

**TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO ED ESPOSTO CHIEDE LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

[\_] a tempo determinato [\_] a tempo indeterminato

per la cura della persona e per l’amministrazione del suo patrimonio

**E NELLE MORE DELL’UDIENZA DI COMPARIZIONE E DELL’EMISSIONE DEL CONSEGUENTE DECRETO**

**CHIEDE INOLTRE LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

**IN VIA PROVVISORIA ED URGENTE**

***per i seguenti motivi***

[\_] necessità di dimissioni ospedaliere protette (*allegare documentazione*) …………………………………………………. ……………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………

[\_] il beneficiario è privo di rete familiare ovvero non idoneità o indisponibilità dei parenti di prendersi cura della persona interessata …………………………………………………………

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

[\_] è necessario compiere (uno o più) atti di natura urgente e non prorogabile che riguardi la cura della persona e/o la conservazione del patrimonio e precisamente ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

[\_] aggravamento improvviso e repentino delle condizioni di salute fisiche o psichiche che non consentono una dilazione della gestione degli interessi personali e patrimoniali del beneficiario (*specificare*)…………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………

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

|  |
| --- |
| **PROPONE QUALE AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**  |
| [\_] **il sottoscritto ricorrente** sig/ra. …………………………………………………………….……Nato/a a …………………………..……………………il ………………………………………Residente in …………………………………………….via……………………………………… telefono…………………………email…..………………………….pec …………………………... |
| [\_] sig. **altro soggetto ………………………………………………………………………………**Nato a …………………………..……………………il …………………………………………….Residente in …………………………………………….via………………………………………..telefono…………………………email…..………………………….pec …………………………..perché [\_] è un parente / [\_] è un amico /[\_] è un professionista di fiducia ……………………… |

**Si allegano i seguenti documenti:**

 *(i docc. 1 e 5 sono obbligatori - dei docc. 2-3-4 barrare quelli che si allegano)*

1. Documento di identità e c.f. del ricorrente e del beneficiario
2. [\_] Documentazione medico/sanitaria sulle condizioni del beneficiario
3. [\_] n. ……….. espressioni di assenso alla nomina dell’ADS da parte dei familiari
4. [\_] Documentazione relativa al patrimonio
5. Ricevuta telematica del pagamento delle anticipazioni forfettarie di € 27 (art 30 TU 115.2002)
6. …….…………………………………
7. *………………………………………*

Genova, ………………………………

*FIRMA*