

**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(.....) il

residente in

Viacivico..... 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

☐ vedovo/a ☐ 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
CONSEQUENTE 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 ail

Residente invia.....

telefono.....

email.....

pec

☐ sig. altro soggetto

Nato ail

Residente invia.....

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