Ricorso per la nomina provvisoria e urgente di amministratore di sostegno

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto…………………………………………………………………………….……………….………….  **C.F**……………………………………………………………..………………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |
| PRODUCE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI MEDICHE:  1)……………………………………………………………………………………………………  2)……………………………………………………………………………………………………  3)……………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | |
| Ciò premesso Il sottoscritto **CHIEDE** **LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN VIA PROVVISORIA E URGENTE** ai sensi dell’art. 405 comma 4 cod. civ. e l’efficacia immediata, ai sensi dell’art. 741 c.p.c. per le seguenti ragioni: ­[\_] aggravamento improvviso e repentino delle condizioni di salute fisiche o psichiche  che non consentano una dilazione della gestione degli interessi personali e patrimoniali della persona (*specificare)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….*  *(allegare documentazione medica*)  [\_] necessità di dimissioni ospedaliere protette (*allegare documentazione*)  [\_] effettiva urgenza di compiere il seguente atto /attività indispensabile per la cura della persona e/o per la conservazione del patrimonio della stessa (*allegare documentazione*):………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| **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 ……………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| **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 |
| **PROPONE PER TALE INCARICO IL SEGUENTE NOMINATIVO** |
| [\_] il sottoscritto ricorrente…………………………………………………………………….……  Nato a …………………………..……………………il ……………………………………………  Residente in …………………………………………….via……………………………………… telefono…………………………………email…………………………..………………………….  *oppure* |
| [\_] altra persona…………………………………………………………………………………….  C.F………………………………………………………………………………………………..  Nato a …………………………..……………………il …………………………………………  Residente in …………………………………………….via………………………………………  telefono…………………………………email…………………………..………………………….  rapporto di parentela…………………………………………………………………………………  *oppure* |
| [\_] professionista |

Allega :

[\_] certificazioni mediche sopra indicate

[\_] documentazione relativa all’urgenza

[\_] 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)