

RICORSO PER LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Al Giudice Tutelare del Tribunale Ordinario di Parma

Il/la sottoscritto/a _____ (C.F. _____),
nato/a a _____ (_____) in data _____ e
residente in _____ (_____), Via/Strada
_____ n. _____
recapito telefonico _____
indirizzo e-mail _____

e

Il/la sottoscritto/a¹ _____ (C.F. _____),
nato/a a _____ (_____) in data _____ e
residente in _____ (_____), Via/Strada
_____ n. _____
recapito telefonico _____
indirizzo e-mail _____

Nella sua qualità di:

☐ _____²

☐ _____³

Del/della signor/signora: _____⁴ (C.F. _____),
nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in
_____ (_____), Via / Strada _____, n. _____,
con attuale dimora abituale in _____ (_____), Via/ Strada
_____, n. _____ presso _____⁵

PREMESSO CHE

- i. Il/la beneficiario/a si trova nell'impossibilità parziale /totale/ temporanea /permanente⁶ di provvedere ai propri interessi a causa di

_____;
- ii. Invero, come risulta dalla certificazione medica - che si produce in allegato - il/la beneficiario/a è affetto/a dalle seguenti patologie /infermità

_____;

¹ Da compilare se vi sono più familiari ricorrenti

² Specificare, rispetto alla persona per cui si chiede il sostegno, se il ricorrente sia coniuge, figlio/a, padre, madre, nonno/a, nipote, suocero/a, cognato/a, genero, nuora, convivente.

³ Specificare se il ricorrente sia Responsabile del Servizio Sociale o Sanitario o soggetto impegnato nella cura e nell'assistenza della persona per la quale si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno;

⁴ Specificare il nome e cognome della persona in favore della quale si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno;

⁵ Specificare l'attuale dimora abituale del beneficiario se è diversa dalla residenza e indicare se lo stesso sia – al momento della presentazione del ricorso - ospite di una Casa Protetta, specificando nome e indirizzo di questa;

⁶ Cancellare quelle delle quattro condizioni che si ritiene non corrispondano alla situazione della persona nell'interesse della quale si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno.

iii. La situazione così prospettata rende necessaria la nomina, nell'interesse del/della signor/a _____ di _____ un/una amministratore/amministratrice di sostegno, per il compimento degli atti di ordinaria amministrazione /straordinaria amministrazione di seguito precisati:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

iv. è persona idonea e disponibile a ricoprire l'incarico di amministratore di sostegno il/la signor/a _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____ recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

v. I parenti del beneficiario, tuttora viventi, sono:

CONIUGE: _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____

FIGLI:

- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____;
- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____;

GENITORI:

Genitore 1: _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via / Strada _____, n. _____;

Genitore 2: _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via / Strada _____, n. _____;

FRATELLI/SORELLE:

- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____;
- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____;

NONNI:

- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____;
- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (_____) in data _____ e residente in _____ (_____), Via/Strada _____, n. _____;

- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (____) in data _____ e residente in _____ (____), Via/Strada _____, n. ____;
- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (____) in data _____ e residente in _____ (____), Via/Strada _____, n. ____;

CONVIVENTI: _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (____) in data _____ e residente in _____ (____), Via/Strada _____, n. ____;

Altri parenti entro il quarto grado o affini entro il secondo grado (es. genero, nuora, suocero/a)

- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (____) in data _____ e residente in _____ (____), Via/Strada _____, n. ____;
- _____ (C.F. _____) nato/a a _____ (____) in data _____ e residente in _____ (____), Via/Strada _____, n. ____;

vi. Il beneficiario è titolare di pensione e/o di indennità di accompagnamento mensili per complessivi euro _____ e/o di altre rendite

_____ (a titolo di canoni, interessi o frutti) per euro _____

vii. Il beneficiario è proprietario/ comproprietario/usufruttuario dei seguenti beni immobili⁷:

Ai fini dell'esame della persona ex art. 407 c.c. si dichiara che il signor /la signora

- ☐ È trasportabile presso l'Ufficio del Tribunale;
- ☐ Non è trasportabile presso l'Ufficio del Tribunale⁸

CHIEDE/CHIEDONO

Alla S.V. Illustrissima che venga nominato un amministratore di sostegno nell'interesse del soggetto come sopra meglio epigrafato.

CHIEDE/CHIEDONO, ALTRESÌ

Di riconoscersi l'efficacia immediata ai sensi dell'art. 741, comma secondo, c.p.c.

Parma, li _____

Firma dell'Istante

 (Firma per esteso e leggibile)

Firma dell'Istante

 (Firma per esteso e leggibile)

⁷ Indicare, se conosciuti, la collocazione e i dati catastali dell'immobile/degli immobili di cui il beneficiario sia proprietario esclusivo o comproprietario etc. (cancellare la qualità non corretta) e la quota di proprietà

⁸ Segnare l'opzione corretta

Si offre in allegato la seguente documentazione:

- Certificazioni mediche e ulteriore documentazione sanitaria inerente alla situazione clinica del beneficiando (es. diagnosi, prognosi, terapia e modalità di assunzione, necessità di ausilio di terze persone per l'assunzione della terapia, frequenza dell'assistenza da parte di terze persone, esami e controlli periodici, rete familiare dell'assistito, richieste inoltrate dal medico di famiglia a beneficio del paziente (es. invalidità, indennità di accompagnamento), esenzione dal pagamento del ticket, richieste che il medico di famiglia ritiene opportuno inoltrare, elenco delle protesi e degli ausili di cui il paziente ha necessità e diritto;
- Eventuale certificato medico che attesti l'assoluta impossibilità del beneficiario di raggiungere il Palazzo di Giustizia, neppure in ambulanza (c.d. certificato di intrasportabilità);
- Copia del documento d'identità e del codice fiscale in corso di validità della persona per cui si richiede l'amministrazione di sostegno;
- Copia integrale dell'atto di nascita della persona per cui si richiede l'amministrazione di sostegno;
- Copia dello Stato di famiglia o dichiarazione sostitutiva dello stesso;
- Situazione patrimoniale del soggetto beneficiando;
- Copie del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità del ricorrente;
- Copie del documento di identità e del codice fiscale in corso di validità del soggetto proposto quale amministratore di sostegno;
- Eventuali dichiarazioni di assenso sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità e codice fiscale in corso di validità;
- In caso di opposizione alla procedura da parte dei soggetti legittimati (il coniuge o la persona stabilmente convivente; i parenti entro il quarto grado e gli affini entro il secondo; il tutore o il curatore del beneficiando; il pubblico ministero) sono necessari i documenti attestanti l'opposizione di tali soggetti alla domanda di amministrazione di sostegno;
- Certificato dei carichi pendenti (da fornire all'atto del giuramento, qualora il Giudice Tutelare debba nominare il soggetto proposto nell'istanza quale AdS);
- Marca da bollo di euro 27,00;