****

**TRIBUNALE DI UDINE**

Largo Ospedale Vecchio, 1

**Ufficio del Giudice Tutelare**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICORSO PER LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a  | Nato a |  |
| Il | Residente  | Prov.  |
| Via  | n.  | CAP  |
| C.F.  | Tel.  | Cell.  |
| Indirizzo e-mail |
| **INDIRIZZO E-MAIL SPORTELLO ADS PER COMUNICAZIONI:** |
| * friulicentrale@sportelloads.org
 | * agroaquileiese@sportelloads.org
 |
| * ambito.sportelloads@comune.latisana.ud.it
 | * sportelloads.tarcento@gmail.com
 |

in qualità di:

* Beneficiando
* Coniuge
* Convivente stabile
* Responsabile Servizi Socio-Sanitari
* Legale rappresentante
* Genitore / Tutore / Curatore
* Figlio/a
* Fratello / Sorella
* Altro parente entro il IV grado
* Suocero/a
* Cognato/a
* Genero / Nuora

**chiede l’applicazione dell’istituto dell’Amministrazione di Sostegno**

**ai sensi della Legge 6/2004 nell’interesse di**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome  | Nato a |  |
| Il  | Residente a | Prov.  |
| Via  | n.  | CAP  |
| C.F.  | Tel.  | Cell. |

che attualmente vive:

|  |
| --- |
| * Presso casa di cura, comunità o altra struttura
 |
| * In famiglia con altre n. \_\_\_\_ persone conviventi
 |
| * Da solo/a
 |
| * In abitazione con badante
 |
| * Altro (specificare)
 |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Affetto/a da (indicare le patologie principali) |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |

Dichiara che il Beneficiando:

|  |  |
| --- | --- |
| * E’ trasportabile in Tribunale
 | * Non è trasportabile in Tribunale
 |

**e indica come Amministratore di Sostegno (ex. Artt. 404 e segg. C.C.)**

la persona di:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Nato a |  |
| il | Residente a  | Prov. |
| Via | n. | CAP |
| C.F. | Tel.  | Cell. |
| Indirizzo e-mail |

**indica inoltre nomi ed indirizzi dei parenti stretti**

**(genitori, fratelli, figli, coniuge o convivente) a lui noti**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grado di parentela** | **Nome** | **Cognome** | **Indirizzo** | **Comune** | **Recapito telefonico** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**A sostegno della richiesta, il ricorrente indica inoltre le azioni che il Beneficiando per cui si chiede l’Amministrazione di Sostegno è / non è in grado di compiere (barrare la casella corrispondente)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sì, in modo autonomo | Con assistenza di un AdS | Atti per i quali il Beneficiando deve essere del tutto sostituito |
| - Dare il giusto significato al denaro |  |  |  |
| - Dare il proprio consenso per le cure |  |  |  |
| - Decidere in modo autonomo della sua vita affettiva e relazionale |  |  |  |
| - Gestire rapporti in ambito lavorativo con superiori ed uffici aziendali |  |  |  |
| - Ritirare personalmente la pensione |  |  |  |
| - Fare acquisti personali entro un limite di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ settimanali / mensili e effettuare operazioni bancarie / postali entro il limite di €  |  |  |  |
| - Compilare la dichiarazione dei redditi e gestire i rapporti con gli uffici amministrativi o uffici erogatori di pubblici servizi |  |  |  |
| - Altro (specificare)  |  |  |  |

**indica inoltre che le principali spese e bisogni mensili del Beneficiando sono:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spese mensili per le seguenti necessità** | **Importo (€)** |
| - Alimentazione, vestiario e cura della persona |  |
| - Casa (es. affitto, mutuo, spese condominiali) |  |
| - Cure sanitarie o riabilitative (es. occhiali, dentista, carrozzine, terapie specifiche) |  |
| - Frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti |  |
| - Tempo libero e vacanze |  |
| - Altro (specificare)  |  |

**DICHIARAZIONE**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sotto la mia responsabilità dichiaro che, per quanto a mia conoscenza, il Sig. / la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dispone esclusivamente dei seguenti beni:

|  |  |
| --- | --- |
| * **Immobili**
 |  |
| * **Veicoli**
 |  |
| * **Depositi**
 |  |
| * **Conti Correnti**
 |   |
| * **Libretti di risparmio**
 |  |
| * **Titoli**
 |  |
| * **Assicurazioni**
 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Udine, lì |  |  |
|  | Firma del richiedente |  |

**Si allegano i seguenti documenti** (barrare gli allegati prodotti):

* **Estratto dell’atto di nascita** del Beneficiando;
* **Certificato di residenza** del Beneficiando;
* Documentazione anagrafica che comprovi il rapporto di parentela tra il ricorrente e il Beneficiando (se il ricorrente è un parente - es. **certificato stato di famiglia/ certificato stato di famiglia storico/ estratto atto di nascita ricorrente ecc.)**;
* Fotocopia **Carta d’Identità** del ricorrente;
* **Marca da Bollo** da € 27,00;
* **Certificato medico** del Beneficiando (e/o certificazione della struttura ospitante)attestante:
	+ - le *condizioni di vita personale del Beneficiando* (sanitarie, sociali, psicologiche ed educative);
		- l’*eventuale impossibilità dello stesso di raggiungere in udienza il tribunale* ordinario;
		- la *capacità o meno del Beneficiando a rendere il consenso medico informato*;
		- la *condizione psicofisica del soggetto* con riferimento dettagliato alla sua *incapacità parziale o totale* di badare a se stesso;

* Documentazione relativa alla **situazione patrimoniale** del Beneficiando relativa a (elenco esemplificativo e non esaustivo):
	+ - pensione di invalidità;
		- pensioni di reversibilità;
		- assegni di accompagnamento;
		- stipendi;
		- rendite provenienti da affitti;
		- investimenti;
		- conti correnti;
		- titoli.
* Documentazione relativa alle **proprietà** del Beneficiando di **beni immobili** del Beneficiando relativa a (elenco esemplificativo e non esaustivo):
	+ - visure catastali terreni o fabbricati;
		- certificato di proprietà autoveicoli.