|  |  |
| --- | --- |
|  | **Alla c. a. del Giudice Tutelare presso il Tribunale di …………………………..** |
| **RICORSO artt. 404 e ss. codice civile** **e art. 3 legge n. 6/2004**\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di : **BENFICIARIO**  **RICORRE nel proprio interesse** **per la nomina a proprio favore di un Amministratore di Sostegno** **a tal fine dichiara:*** **di essere figlio di**:

*padre* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **** in vita **** deceduto il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *madre* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **** in vita **** deceduta il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **che il proprio stato civile** **e**’:

**** celibe/nubile  **** coniugato/a con:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **** separato/divorziato da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vedovo/a di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Le ragioni per le quali si chiede l’Amministrazione di Sostegno sono le seguenti:** |
| *Fare una descrizione della situazione, specificare dove e come vive il beneficiario, le cause dell’incapacità a gestirsi, le condizioni di salute e incapacità attuali, da chi è assistito, le prospettive e le necessità assistenziali. Iindicare gli atti che la persona non sarebbe in grado di compiere specificando ad esempio se sia o meno in grado di utilizzare le entrate mensili, di pagare le spese ricorrenti, di gestire somme di denaro a cadenza mensile o settimanale, di vendere i propri beni, di dare il consenso alle cure …**Dare anche informazioni sulla situazione economica, le entrate le spese o le necessità a cui si deve ottemperare , i beni da amministrare/gestire …..* |
| Il Medico di Base è il Dott. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con studio a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_La situazione è  seguita  non è seguita dal Servizio socio-assistenziale competente per territorio. L’ Assistente Sociale di riferimento è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Il sottoscritto dichiara che la propria collocazione abitativa è:**  **stabile/definitiva** *( non si prevedono trasferimenti a breve termine***)** **provvisoria** (*specificare se si prevede un trasferimento / rientro e indicare l’indirizzo)*  |
| **Il/la sottoscritto/a evidenzia RAGIONI DI URGENZA per i seguenti motivi:** |
|  |
| Il sottoscritto dichiara di avere **i seguenti parenti entro il quarto grado e/o i affini entro il secondo grado (maggiorenni) con i quali ha rapporti significativi** *( nome, cognome, dati anagrafici, indirizzo, grado di parentela, rec. Telefonico dei familiari …)**
*

  |
| Il sottoscritto dichiara di aver informato i propri familiari della presente istanza.  |
| Il sottoscritto chiede che l’ incarico di Amm. Di Sostegno possa essere affidato a : * ( *nome cognome indirizzo titolo* ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Che sottoscrive e fornisce documenti di identità: Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Il sottoscritto, convocato in Tribunale per essere sentito personalmente dal Giudice Tutelare, dichiara :  |
| **** | ho la possibilità di giungervi autonomamente o accompagnato; |
| **** | devo essere trasportato in ambulanza perché impossibilitato a giungervi in altro modo; |
| **** | non posso giungervi perché …………………………………………..per cui chiedo che l’udienza possa svolgersi presso ( abitazione, struttura, parenti…): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e allego certificato del medico.  |
| Allego al presente ricorso i seguenti documenti * carta identità e codice fiscale
* certificato residenza e stato di famiglia
* certificato di nascita con dati genitori
* documentazione medica
* verbale visita invalidità –accompagnamento
* dichiarazione casa di riposo/centro diurno/struttura
* documenti situazione economica
* visure catastali beni immobili
* *altro*
 |
| Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del ricorrente/beneficiario : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |