|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | **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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |