

## RICORSO ex artt. 404 e ss. Codice Civile

l' sottoscritt \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail/pec \_\_\_\_\_

in qualità di  beneficiario  coniuge  convivente

parente entro il 4° grado

specificare la parentela

affine entro il 2° grado

specificare l'affinità

RICORRE al Giudice Tutelare per la nomina di un AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO a favore  
di

cognome e nome

\_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ domiciliato

di fatto in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono

FIGLIO DI: padre

\_\_\_\_\_

in vita  deceduto il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ madre

\_\_\_\_\_

in vita  deceduta il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_

STATO CIVILE  nubile/celibe  divorziata/o  vedova/o

coniugato con.....  separato da..... cognome e nome

\_\_\_\_\_

(indicare cognome e nome del coniuge o del coniuge separato)

nat\_\_a

\_\_\_\_\_ domiciliato di  
fatto in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono  
\_\_\_\_\_

Le ragioni per le quali si chiede l'Amministrazione di Sostegno sono le seguenti:

indicare le condizioni di vita della persona (dove e con chi vive, da chi è assistito, se lavora, se è beneficiario di pensione e di quale tipo, se è titolare di conti correnti o depositi bancari o presso le Poste, se è proprietario di beni immobili...)

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

specificare le infermità ovvero le menomazioni fisiche o psichiche di cui è affetta la persona, nonché i motivi per i quali non è in grado di provvedere ai propri interessi personali e patrimoniali

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

---

---

---

---

specificare se la persona è seguita dai Servizi Sociali o Psichiatrici, indicando la sede dei medesimi e i nominativi degli

Assistenti Sociali e/o Medici di riferimento

---

---

---

---

---

---

specificare gli estremi del medico di famiglia della persona

nominativo

\_\_\_\_\_ indirizzo

studio \_\_\_\_\_

telefono

---

---

---

---

indicare gli atti che la persona non sarebbe in grado di compiere specificando ad esempio se la persona 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...

---

---

---

---

---

---

Si precisa che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione convive stabilmente con:

nominativo

---

parentela

---

nominativo

---

parentela

---

nominativo

---

parentela

---

nominativo

---

parentela

---

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ evidenzia RAGIONI DI URGENZA per i seguenti motivi:

indicare quali siano le ragioni di urgenza (specificando ad esempio quali atti pregiudizievoli stiano per essere compiuti dalla persona, o quali atti necessari ed indifferibili, che la persona non può compiere, debbano essere posti in essere a suo favore...)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara, per quanto a propria conoscenza, che la persona per la quale si  chiede l'Amministrazione non ha in precedenza designato nessuno quale proprio possibile Amministratore di Sostegno.

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ dichiara, per quanto a propria conoscenza, che la persona per la quale si

chiede l'Amministrazione ha in precedenza designato quale proprio possibile Amministratore di Sostegno il/la sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ depositando

uno specifico atto presso il Notaio

dr. \_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ precisa che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione di Sostegno ha i seguenti parenti entro il quarto grado (maggiorenni) e i seguenti affini entro il secondo grado (maggiorenni):

nominativo \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

parentela

---

nominativo

---

nato a

il

domiciliato di fatto in

---

telefono

parentela

---

nominativo

---

nato a

il

domiciliato di fatto in

---

telefono

parentela

---

nominativo

---

nato a

il

domiciliato di fatto in

---

telefono

parentela

---

nominativo

---

nato a

il

domiciliato di fatto in

---

telefono

parentela

---

nominativo

\_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono

parentela

\_\_\_\_\_

nominativo

\_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono

parentela

\_\_\_\_\_

nominativo

\_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono

parentela

\_\_\_\_\_

nominativo

\_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono

parentela

\_\_\_\_\_

nominativo

\_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ telefono  
\_\_\_\_\_

parentela

\_\_\_\_\_

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ indica quali possibili Amministratori di Sostegno le  
seguenti persone, che non seguono già, in qualità di Operatori di Servizi Pubblici o Privati, la  
persona per la quale si chiede l'Amministrazione:

nominativo

\_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in

\_\_\_\_\_ telefono  
\_\_\_\_\_

parentela

\_\_\_\_\_

nominativo

\_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente

in \_\_\_\_\_

telefono

\_\_\_\_\_ parentela  
\_\_\_\_\_

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ precisa che la persona per la quale si chiede l'Amministrazione  
di \_\_\_\_\_

Sostegno, convocata in Tribunale per essere sentita personalmente dal Giudice Tutelare,

- ha la possibilità di giungervi autonomamente o accompagnata;
- deve essere trasportata in ambulanza perché impossibilitata a giungervi in altro modo;
- non può giungervi perché non trasportabile in ambulanza (si allega dichiarazione del medico).

\_\_\_1\_\_\_ sottoscritt

allega al presente ricorso i seguenti documenti:

- 1) certificato di residenza/famiglia della persona per la quale si chiede l'Amministrazione di Sostegno;
- 2) documento di identità e codice fiscale del beneficiario
- 3) documento di identità e codice fiscale dei/l ricorrente
- 4) documentazione economica
- 5) visure catastali
- 6) documentazione sanitaria
- 7) ricevuta del pagamento telematico della marca da bollo da 27 euro
- 8) Altro...

Cuneo, \_\_\_\_\_

(firma leggibile e per esteso)