

ALLA PROCURA DELLA REPUBBLICA DEL TRIBUNALE DI REGGIO EMILIA

AL Sig. PUBBLICO MINISTERO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. _____, in qualità di **Responsabile dei Servizi Sanitari e Sociali** del Comune di _____, via (dell'ufficio) _____ n° _____ CAP _____ fax. ufficio _____ tel ufficio _____ e-mail _____,

delegando l'**Assistente Sociale** dei Servizi Sanitari o Sociali del Comune di _____, Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____ Telefono ufficio _____ fax. ufficio _____ e-mail _____, quale **responsabile del caso**, a rappresentarlo e seguire tutto l'iter procedurale fino alla udienza per eventuale nomina di un Amministratore di Sostegno, che si firmerà _____ e del quale si allega copia Carta d'Identità,

SEGNALA

una situazione di difficile gestione del/la sig./sig.ra _____, nato/a a _____ il _____, e residente a _____, via _____ n. _____, che sempre più frequentemente si riferisce ai Servizi Sociali del Comune di _____ per esigenze di cura ed assistenza psico-fisica ma che attualmente è peggiorato determinando la convinzione nelle Assistenti Sociali e nei Medici che, per i suoi comportamenti e mancata collaborazione, possa costituire un grave pericolo per la sua incolumità e per gli altri. *(descrivere succintamente le osservazioni, gli episodi e l'attuale stato comportamentale)*

(si indichi compiutamente l'elenco dei parenti entro il quarto grado, con indirizzi, se conosciuti, della persona inferma ritenuta incapace di provvedere ai propri interessi e, nel caso che dopo le opportune ricerche non fosse possibile elencare l'indirizzo dei parenti, informare delle ragioni che non permettono di fornire dati corretti, come ad es.: da anni non ci sono rapporti, risiedono all'estero o in città lontane, mai conosciuti, ecc)

(allegare ogni documentazione sanitaria aggiornata da cui risulti l'incapacità fisica o malattia mentale o disturbo psicofisico)

(indicare il nominativo di eventuale persona che possa essere disponibile ad assumere l'incarico di AdS. Nel caso non esista, indicare che non siete in possesso di alcun nominativo di persona disponibile per l'AdS)

CHIEDE

un intervento del **Pubblico Ministero** al fine di poter tutelare la Persona stessa, che attualmente non dimostra essere in grado di poterlo fare autonomamente.

Si richiede altresì di dare disposizione alla Cancelleria di notificare a codesto ufficio la data di udienza, al fine di predisporre, qualora ne ricorresse la necessità, l'accompagnamento del Beneficiario.

Reggio Emilia, il _____

Firma

ALLEGA:

- fotocopia del documento di identità di chi sottoscrive la segnalazione, Ass.Sociale e della persona segnalata
- certificato medico o copia di documentazione clinica aggiornata della persona segnalata (preferibilmente rilasciati da struttura medica pubblica o dal medico di base)
- Stato di Famiglia o Dichiarazione sostitutiva di Certificazione o di Atto di Notorietà della persona segnalata per la quale si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno;
- estratto dell'atto di nascita della persona segnalata (non autocertificabile)
- eventuali documenti in disponibilità o recuperabili dall'Ass. Sociale tipo: comunicazione di pensione dell'Ente Previdenziale (es. libretto di pensione INPS, mod. OBIS o altro documento ufficiale dell'Ente), attestato di erogazione dell'indennità di accompagnamento e di altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria;
- estratto aggiornato del conto corrente bancario o postale intestato al beneficiario se in disponibilità