

RICORSO PER LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**AL GIUDICE TUTELARE
DEL TRIBUNALE DI REGGIO EMILIA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ CAP _____ via e n. _____
tel/cell _____ e-mail _____
C.F. _____
nella sua qualità di ¹ _____ del/lla signor/a ² _____

CHIEDE

che venga nominato un amministratore di sostegno per il beneficiario/a
sig./sig.ra _____ nato/a a _____ il _____
residente (o domiciliato) in _____ CAP _____
via _____ n. _____
C.F. _____
con abituale dimora in _____ presso _____ CAP _____
via _____ n. _____

A tal fine espone che:

1. Il beneficiario/la beneficiaria si trova nella impossibilità parziale / totale / temporanea / permanente³ di provvedere ai propri interessi.
2. Infatti, come risulta dalla certificazione medica che si allega, il beneficiario è affetto dalle seguenti patologie/infermità:
.....
3. La persona si trova conseguentemente nell'impossibilità di provvedere in modo autonomo ai propri interessi, in quanto non in grado di compiere le più comuni ed elementari attività concernenti la vita quotidiana, prendersi cura della persona e della propria salute e ad attendere all'amministrazione e gestione dei propri beni.
4. La situazione rende necessaria la nomina alla persona di un amministratore di sostegno per il compimento degli atti di ordinaria e di straordinaria amministrazione quali:
A) Provvedere in nome e per conto del Beneficiario/a agli incombenzi assistenziali, amministrativi e fiscali ad esso/a riferibili assistendolo/a nel compimento di tutti gli atti di ordinaria amministrazione, delle pensioni percepite, della gestione ordinaria del Patrimonio, delle Rendite e delle Proprietà Immobiliari, come:

1

Specificare, rispetto alla persona per cui si chiede il sostegno, se il ricorrente è coniuge, figlio/a, padre, madre, nonno/a, nipote, suocero/a, cognato/a, genero, nuora, convivente, Responsabile del Servizio Sociale o Sanitario

2

Scrivere il nome e il cognome della persona in favore della quale si chiede la nomina di amministratore

3

Cancellare quelle della quattro condizioni che si pensa non corrispondano alla situazione della persona beneficiaria.

- compiere tutte le operazioni di deposito e prelievo presso Istituti di Credito e/o Uffici Postali, su conti correnti e/o depositi intestati all'amministrato/a, disponendo per l'accredito mensile ed autorizzando pagamenti in via continuativa per le esigenze di cura e di assistenza.
 - autorizzare l'apertura di un Conto Corrente bancario o postale intestato unicamente al beneficiario/a, con rilascio di carta bancomat per le spese correnti e possibilità di operare via Home Banking per pagamenti, bonifici e controllo movimenti
 - promuovere ogni attività ed intervenire successivamente negli atti per il riconoscimento di indennità, assegni di sostentamento o emolumenti a qualsiasi titolo dovuti o riconosciuti e conseguentemente riscuotere ogni corrispettivo, indennità, frutto od interesse di spettanza del beneficiario/a, con versamento successivo nel libretto o nel conto corrente bancario/postale intestato al beneficiario/a
 - intrattenere, ove necessario, rapporti con le autorità tributarie, Enti Previdenziali ed Assistenziali o altri Enti pubblici e privati al fine di tutelare e salvaguardare gli interessi civili, amministrativi e fiscali del beneficiario/a, ivi compreso la presentazione dell'eventuale dichiarazione dei redditi e il ritiro della corrispondenza a lui diretta
- B) Poter prestare a nome del beneficiario/a il **consenso informato** per esami medici, diagnostici, trattamenti sanitari o interventi chirurgici qualora, in quel momento, lo stesso sia nell'impossibilità di farlo autonomamente e **di accedere ad informazioni anche pregresse sulla salute del beneficiario** onde esercitare compiutamente i poteri relativi alle cure, ai trattamenti ed agli accertamenti medici ce dovessero rendersi necessari
- C) Poter definire la residenzialità più idonea per la tutela delle esigenze del beneficiario/a con gestione dei rapporti contrattuali relativi all'assunzione di un'assistente domiciliare (badante)
- D) Si indica che per il mantenimento del beneficiario/a la spesa mensile ammonta a circa € _____ di cui € _____ mensili per le cure e l'assistenza al beneficiario/a e che le stesse sono/non sono sostenibili con le attuali rendite disponibili al beneficiario/a
- E) Si fa presente che, sentiti i Familiari e/o Assistenti Sociali e/o Medici, il luogo ove li beneficiario/a dovrà risiedere sarà _____ e saranno/non saranno incaricati soggetti terzi all'assistenza del beneficiario/a.

5. E' persona idonea e disponibile a ricoprire l'incarico di A.d.S. il/la signor/a

_____ residente in via _____ n. _____
 città _____ tel _____ mail _____

Oppure

Non sono informato circa nominativi di possibili A.d.S da indicare al Giudice Tutelare

6. Il/La sottoscritto/a dichiara che, per quanto a propria conoscenza, la persona per la quale si chiede l'amministrazione, NON ha in precedenza designato nessuno quale proprio possibile Amministratore di Sostegno

Oppure

Il/La sottoscritto/a dichiara che, per quanto a propria conoscenza, la persona per la quale si chiede l'amministrazione, HA in precedenza designato quale proprio possibile Amministratore di Sostegno

Il/la signor/a

Cognome _____ nome _____

Nato/a a _____ il _____

Con registrazione dell'atto presso il Registro Notarile di _____

7. I parenti entro il quarto grado e gli affini entro il secondo grado del beneficiario, tuttora viventi e maggiorenni, sono:

- Convivente

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

- Coniuge

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

- Genitori

Padre: Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Madre: Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Figli

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

- Fratelli-sorelle

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

- Altri parenti entro il quarto grado e affini entro il secondo grado

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Domicilio _____

8. Il/La beneficiario/a è titolare di pensioni e/o di indennità di accompagnamento mensili per complessivi € _____ e di altre rendite (a titolo di canoni o interessi o frutti) per € _____
9. Il beneficiario/a è proprietario / comproprietario / usufruttuario dei seguenti beni immobili⁴:
.....
.....

ALLEGA:

- fotocopia del documento di identità del ricorrente e della persona beneficiaria;
- certificato medico o copia di documentazione clinica aggiornata della persona beneficiaria (preferibilmente rilasciati da struttura medica pubblica o dal medico di base);
- Stato di Famiglia in carta libera della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell'amministratore di sostegno;
- estratto dell'atto di nascita della persona beneficiaria in carta libera (non autocertificabile)
- comunicazione di pensioni dell'Ente Previdenziale (es. libretto di pensione INPS, mod. OBIS o altro documento ufficiale dell'Ente) e di altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria se posseduti;
- saldo aggiornato del conto corrente/libretto bancario o postale intestato/cointestato al beneficiario/a, e rendiconto eventuali investimenti, se posseduti;
- estratto aggiornato del conto corrente bancario o postale intestato/cointestato al beneficiario/a;
- copia ultima dichiarazione dei redditi della persona beneficiaria se posseduta;
- documentazione catastale relativa agli immobili di cui il beneficiario è proprietario/comproprietario/usufruttuario o copia dei rogiti notarili di acquisto;
- copia dell'atto di designazione futura;
- N° consensi depositati _____
- marca da € 27,00.

NB: Qualora il beneficiario non possa comparire all'udienza fissata per essere esaminato dal Giudice Tutelare, nemmeno se accompagnato con autoambulanza sulla quale si potrà recare il Giudice, occorre produrre certificato medico di INTRASPORTABILITA' (rilasciato dalla struttura che ospita il beneficiario o da medico curante se il medesimo è domiciliato presso la propria abitazione).

In mancanza di tale documento, il beneficiario si dovrà presentare in udienza.

Reggio Emilia, il

Firma del ricorrente

4

Indicare, se conosciuti, la collocazione e i dati catastali dell'immobile/degli immobili di cui il beneficiario è proprietario esclusivo o comproprietario. In quest'ultimo caso, indicare la quota di proprietà.

