

# RICORSO PER LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

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

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

delegando l'Assistente Sociale dei Servizi Sanitari o Sociali del Comune di \_\_\_\_\_,  
Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ via (dell'ufficio) \_\_\_\_\_ 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

## 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 / permanente<sup>1</sup> 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 incumbenti 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:

- 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 \_\_\_\_\_

6. Oppure

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

7. 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 \_\_\_\_\_

8. 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 \_\_\_\_\_

9. 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 € \_\_\_\_\_

10. Il beneficiario/a è proprietario / comproprietario / usufruttuario dei seguenti beni immobili<sup>2</sup>:

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

ALLEGA:

- fotocopia del documento di identità del ricorrente Responsabile dei Servizi Sociali, dell'Assistente Sociale delegato 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);
- Relazione Servizio Sociale
- 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;
- 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

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup>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.