**On. TRIBUNALE ORDINARIO DI ………..**

**AL GIUDICE TUTELARE**

C/O “VOLONTARIA GIURISDIZIONE”

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. ……. Città … . .

**Oggetto: Ricorso per la nomina di Amministratore di Sostegno e per il compimento di atti**

**urgenti ai sensi dell’art. 405 co° 4 c.c.**

**Per il sig. Mario Rossi nato a …………. .. il ……….. residente a …… in via …….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il sottoscritto…………………………………………………………………………….……………….………….  **C.F**……………………………………………………………..………………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| nato a ……………………………………… | | | | | il……………… | | | | | | residente in……………………… | |
| Via ………………………………………………….  Mail……………………………………………… | | | | | | tel………………………………….………..m | | | | | | |
| **In qualità di**: [\_] beneficiario [\_] padre o madre [\_]coniuge non separato legalmente  [\_] convivente stabile [\_]figlio/a[\_] fratello/sorella [\_] tutore/curatore [\_]altro parente entro il quarto grado….………………………………………………..…………  [\_]affine (parente del coniuge)entro il secondo grado……………………………..…..………….. | | | | | | | | | | | | |
| **SEGNALA CHE** | | | | | | | | | | | | |
| Cognome………………………….……….…… Nome …………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| nato a …………………………………(\_\_) | | | il ……………… | | | | | | residente in………………………. | | | |
| Via …………………………………………………. | | | | | | tel………………………………………….. | | | | | | |
| C.F. …………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| Paternità……………………………………… maternità …………………………………………... | | | | | | | | | | | | |
| è privo in tutto o in parte di autonomia nell’espletamento delle funzioni della vita quotidiana ed ha necessità di interventi di sostegno.  ( *breve descrizione)*  Per tale ragione ricorre al Giudice Tutelare e, a tal fine, fa presente quanto segue: | | | | | | | | | | | | |
| **Situazione domiciliare e personale della persona:**  Dimorante in ...................................................Via………………………………………...……….... | | | | | | | | | | | | |
| [\_]vive presso casa di cura, comunità o struttura [\_]vive in famiglia con …………….…………  [\_]vive da solo [\_] vive in abitazione con badante[\_] altro ………………………………………  **La persona è:** | | | | | | | | | | | | |
| [\_] celibe/nubile | [\_] divorziato | [\_] separato da | | | | | | [\_] coniugato con | | | | [\_] convivente con |
| Cognome……………………………………………. | | | | | | | Nome………………………………………. | | | | | |
| Nato ………………………………………. | | | | il………………. | | | | | | residentein……………………… | | |
| Via ………………………………………………….. | | | | | | | tel……………………………………… | | | | | |
| **Situazione patrimonialedella persona***(nei limiti in cui è nota)* Entrate: *(stipendi pensioni/indennità*)……………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………..  Conti correnti/depositi/libretti/investimenti con saldo ……………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………..  Beni immobili………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………..  Mezzi (auto/moto)……………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| **Condizioni fisiche della persona***(se noto, specificare anche se la persona per la quale si chiede l’Amministrazione è seguita dai Servizi Sociali o dai Servizi Psichiatrici, indicando le figure di riferimento -Assistente Sociale - Medico di riferimento)* | | | | | | | | | | | | |
| [\_] affetto da disabilità mentale [\_] affetto da disabilità fisica[\_] affetto da demenza senile  [\_] in stato di dipendenza da alcool o stupefacenti [\_] in stato di dipendenza da giuochi e scommesse [\_] altro ………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | |
| **Autonomia della persona** [\_] autosufficiente [\_] non autosufficiente [\_] esce di casa da solo [\_] non esce di casa da solo  [\_] sedia a rotelle o cammina con difficoltà [\_] allettato [\_] capace di interloquire | | | | | | | | | | | | |
| PRODUCE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI MEDICHE:  1)……………………………………………………………………………………………………  2)……………………………………………………………………………………………………  3)……………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | |
| **Tutto ciò premesso in data odierna ha presentato domanda per l’apertura della procedura di amministrazione di sostegno, iscritta al numero RG ………………………………………… nella quale ha chiesto la nomina quale amministratore di sostegno di:**  [\_] sé medesimo  [\_] altro soggetto (*indicare le generalità e il grado di parentela*)  ……………………………………………………………………………………………………… [\_]professionista  Pertanto, in attesa della fissazione dell’udienza, dovendo procedere con urgenza al compimento degli atti di seguito specificati, ai sensi dell’art. 405 comma 4 cod. civ, **CHIEDE** **Di ESSERE AUTORIZZATO A:****PRESENTARE IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO:** [\_] DOMANDA DI INVALIDITA’  [\_] DOMANDA DI AGGRAVAMENTO  [\_]DOMANDA PER ACCEDERE AL FONDO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA O ALTRI FONDI A SOSTEGNO DELLA PERSONA DISABILE *(specificare)*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….… (*ad esempio interventi sociali per il sostegno a casa di persone in condizioni di disabilità gravissima - progetto di vita indipendente - contributo di solidarietà per la disabilità)* **ESPLETARE LE PRATICHE RELATIVE ALLA SUCCESSIONI DI** ………………………………………………………………………………………………*(indicare nome e cognome del defunto, data di decesso e rapporto di parentela)***NELLA QUALE** …………………………………………….. **RIVESTE LA QUALITA’ DI CHIAMATO;**  1. **ALTRO** *(specificare - ad esempio presentazione modello 730, compilazione dichiarazione ISEE)*   *…………………………………………………………………………………………………………..*  ……………………………………………………………………………………………..*…*  E, in considerazione dell’ urgenza chiede l’efficacia immediata, ai sensi dell’art. 741 c.p.c. richiamando la documentazione allegata alla domanda per la nomina atempo indeterminato | | | | | | | | | | | | |

Allega :

[\_] documentazione relativa all’urgenza

[\_] copia documento di identità del ricorrente e del beneficiario .

LUOGO E DATA , …………………………………….

…………………………………………………….

(firma del richiedente)