

marca da bollo da 27,00 euro

Ricorso per amministrazione di sostegno

Al Giudice Tutelare del Tribunale Ordinario di Siena

Il/la sottoscritto/a (ricorrente) :

Nome: _____ Cognome: _____

Nato a: _____ prov. (____) il ____ / ____ / ____

Residente a: _____ Prov. (____) in via _____ Telefono:

_____ **Cellulare:** _____

Email _____ fax _____

in qualità di

- Beneficiando Padre o Madre
 - Coniuge Figlio/Figlia
 - Convivente stabile Fratello/Sorella
 - Responsabili dei servizi socio-sanitari **Affine entro il 2° grado:**
 - Legale rappresentante (*specificare*): suocero/a
 - Tutore o curatore cognato/a
 - Altro parente entro il 4° grado: genero/nuora
- (*specificare*): _____

**chiede l'applicazione della misura di protezione dell'Amministrazione di sostegno,
ai sensi della Legge 6/2004 nell'interesse di:**

Nome: _____ Cognome : _____

Nato a: _____ prov. (____) il ____ / ____ / ____

Residente a: _____ prov. (____) in via _____

Codice Fiscale: □□□□□□□□□□□□□□□□

ora vive normalmente nel Comune di _____ prov. (____) in via _____, in grado di deambulare

oppure E' INTRASPORTABILE (allegare in tal caso certificato medico **specifico di intrasportabilità**)

inoltre

Si evidenziano eventuali Ragioni di Urgenza per i seguenti motivi (specificare 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)

In ogni caso, si indica come amministratore di sostegno:

Nome _____ Cognome _____

residente a _____ prov. (____) in via _____ Telefono:

_____ Cell. _____

Codice Fiscale: □□□□□□□□□□□□□□□□

Inoltre indica i nome e gli indirizzi dei parenti entro il 4° grado e affini entro il 2° (genitori, fratelli, figli, coniuge, nonni, zii, nipoti, cugini, suoceri, genero, nuora e cognati della persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno) a lui noti:

| NOME | COGNOME | Indirizzo | Recapito tel. | Grado di parentela |
|------|---------|-----------|---------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Il sottoscritto si impegna ad **informare detti parenti sia del ricorso che dell'udienza fissata dal Giudice tutelare** tramite una raccomandata con ricevuta di ritorno, quest'ultima da esibire in occasione dell'udienza, oppure tramite una dichiarazione scritta e firmata dal parente, anch'essa da esibire in udienza. Si impegna inoltre a comunicare sempre a mezzo A/R il ricorso e il decreto di fissazione di udienza al beneficiando.

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente **dichiara che la persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno non è attualmente interdetto o inabilitato né è pendente procedimento d'interdizione o inabilitazione nei suoi confronti.**

Le ragioni per le quali si chiede l'amministrazione di sostegno sono le seguenti:

1) indicare quali siano le condizioni di salute- (specificare le eventuali infermità o menomazioni fisiche o psichiche da cui sarebbe affetta la persona per la quale si chiede l'Amministrazione e se sia o meno seguita dai servizi sociali o dai servizi psichiatrici, indicando l'assistente sociali o il medico di riferimento e la sede dei servizi sociali o dell'ambulatorio)_____

2) **indicare quali siano le condizioni di vita della persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno**

- Vive presso casa di cura, comunità o altra struttura Vive in famiglia con altre n. __ persone conviventi
 Lavora Vive da solo Vive in abitazione con badante Altro (specificare)

3) **specificare i motivi per i quali il beneficiando non sarebbe in grado di provvedere ai propri interessi personali e patrimoniali** _____ a tal

fine si indicano le azioni che il **beneficiario** per cui si chiede l'amministrazione di sostegno, è/non è in grado di effettuare (barrare la casella corrispondente):

| operazioni | Si, in modo autonomo | Con l'assistenza di un amministratore di sostegno |
|------------|----------------------|---|
| | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 1 | Dare il giusto significato al denaro | | |
| 2 | Fare testamento | | |
| 3 | Dare il proprio consenso per le cure | | |
| 4 | Decidere in modo autonomo della sua vita di relazione | | |
| 5 | Ritirare personalmente la pensione | | |
| 6 | Fare acquisti personali entro un limite di € _____ settimanali / mensili ed effettuare operazioni bancarie/postali/bancomat entro un limite di € _____ | | |
| 7 | Altro _____ _____ _____ _____ _____ _____ | | |

Inoltre indica che le principali Entrate e Spese e bisogni mensili del beneficiario sono:

ENTRATE _____

IMPORTO

| | | |
|-----------------|---|--|
| Pensione | € | |
| Affitti | € | |
| Rendite | € | |
| Altro | € | |

USCITE

| Spese mensili per le seguenti attività | importo |
|---|----------------|
| Spese per alimentazione, vestiario e cura della persona | |
| Spese per la casa (affitto, mutuo, sp.condominiali) | |
| Spese per il tempo libero e vacanze | |
| Spese per la frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti | |
| Spese per cure sanitarie o riabilitative (occhiali, dentista, carrozzine, terapie specifiche) | |
| Altro _____ | |
| Altro _____ | |

L'istante **dichiara** sotto la propria responsabilità altresì, che per quanto è a propria conoscenza, il beneficiario per il quale si chiede l'amministrazione di sostegno

Dispone esclusivamente dei seguenti beni

Immobili_(allegare visura con dati catastali e rendita, indirizzo e Città)_____

Veicoli_(allegare libretto di circolazione)_____

Depositi, conti correnti, pensioni o rendite (indicare il saldo per ognuno al momento della domanda e **allegare visura bancaria**)

Si chiede sin d'ora copia conforme dei provvedimenti che saranno emessi dal Giudice con deposito di marca diritti di copia pari a € 11,54

Siena_____

Firma del richiedente

Allegare copia doc.di identità del ricorrente

Il/la sottoscritto/a quale interessato ai sensi dell'art. 4 comma 1 lett. i) del Dlgs 196/03 presa visione dell'informativa rilasciata ai sensi dell'art. 13 del suindicato decreto legislativo

da' il consenso

- al trattamento dei suoi dati personali, da svolgersi in conformità a quanto previsto nella suddetta informativa e nel rispetto delle norme sulla privacy
- al trattamento dei suoi dati sensibili e alla loro comunicazione a terzi secondo quanto previsto dalle norme in materia, dalle autorizzazioni generali del Garante e sulla base di quanto indicato nella informativa.

Luogo e data di sottoscrizione li.....

Firma dell'interessato

Documentazione da allegare alla domanda (barrare i documenti prodotti)

- Certificato del medico curante attestante la condizione psicofisica del soggetto con riferimento dettagliato alla sua incapacità parziale o totale di badare a se stesso
- Eventuale certificato medico che attesti l'assoluta impossibilità del beneficiario di raggiungere il Palazzo di giustizia, neppure in ambulanza. Nel caso di assoluta in trasportabilità il Giudice Tutelare effettuerà l'esame presso la dimora del beneficiario: è consigliabile l'indicazione del luogo dove deve avvenire l'esame
- Documenti attestanti l'eventuale opposizione alla domanda di amministrazione di sostegno da parte di parenti stretti
- Eventuali documenti attestanti lo stato patrimoniale (visure, saldo bancario ecc)
- Copia del documento di identità ed estratto di nascita del beneficiario
- Marca da bollo da 27,00 Euro**