



TRIBUNALE DI UDINE
Largo Ospedale Vecchio, 1
Ufficio del Giudice Tutelare

RICORSO PER LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il/la sottoscritto/a		Nato a	
Il	Residente		Prov.
Via		n.	CAP
C.F.	Tel.		Cell.
Indirizzo e-mail			

INDIRIZZO E-MAIL SPORTELLO ADS PER COMUNICAZIONI:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> friulicentrale@sportelloads.org | <input type="checkbox"/> agroaquileiese@sportelloads.org |
| <input type="checkbox"/> rivierabassafriulana@sportelloads.org | <input type="checkbox"/> sportelloads.tarcento@gmail.com |

in qualità di:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficiando | <input type="checkbox"/> Figlio/a |
| <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Fratello / Sorella |
| <input type="checkbox"/> Convivente stabile | <input type="checkbox"/> Altro parente entro il IV grado |
| <input type="checkbox"/> Responsabile Servizi Socio-Sanitari | <input type="checkbox"/> Suocero/a |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante | <input type="checkbox"/> Cognato/a |
| <input type="checkbox"/> Genitore / Tutore / Curatore | <input type="checkbox"/> Genero / Nuora |

**chiede l'applicazione dell'istituto dell'Amministrazione di Sostegno
ai sensi della Legge 6/2004 nell'interesse di**

Nome e Cognome		Nato a	
Il	Residente a		Prov.
Via		n.	CAP
C.F.	Tel.		Cell.

che attualmente vive:

- Presso casa di cura, comunità o altra struttura
- In famiglia con altre n. ____ persone conviventi
- Da solo/a
- In abitazione con badante
- Altro (specificare) _____

Affetto/a da (indicare le patologie principali) _____

Dichiara che il Beneficiando:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> E' trasportabile in Tribunale | <input type="checkbox"/> Non è trasportabile in Tribunale |
|--|---|

e indica come Amministratore di Sostegno (ex. Artt. 404 e segg. C.C.)

la persona di:

Nome e Cognome		Nato a	
il	Residente a		Prov.
Via		n.	CAP
C.F.	Tel.		Cell.
Indirizzo e-mail			

indica inoltre nomi ed indirizzi dei parenti stretti
(genitori, fratelli, figli, coniuge o convivente) a lui noti

Grado di parentela	Nome	Cognome	Indirizzo	Comune	Recapito telefonico

A sostegno della richiesta, il ricorrente indica inoltre le azioni che il Beneficiario per cui si chiede l'Amministrazione di Sostegno è / non è in grado di compiere (barrare la casella corrispondente)

	Si, in modo autonomo	Con assistenza di un AdS	Atti per i quali il Beneficiario deve essere del tutto sostituito
- Dare il giusto significato al denaro			
- Dare il proprio consenso per le cure			
- Decidere in modo autonomo della sua vita affettiva e relazionale			
- Gestire rapporti in ambito lavorativo con superiori ed uffici aziendali			
- Ritirare personalmente la pensione			
- Fare acquisti personali entro un limite di € _____ settimanali / mensili e effettuare operazioni bancarie / postali entro il limite di € _____			
- Compilare la dichiarazione dei redditi e gestire i rapporti con gli uffici amministrativi o uffici erogatori di pubblici servizi			
- Altro (specificare)			

indica inoltre che le principali spese e bisogni mensili del Beneficiario sono:

Spese mensili per le seguenti necessità	Importo (€)
- Alimentazione, vestiario e cura della persona	
- Casa (es. affitto, mutuo, spese condominiali)	
- Cure sanitarie o riabilitative (es. occhiali, dentista, carrozzine, terapie specifiche)	
- Frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti	
- Tempo libero e vacanze	
- Altro (specificare)	

DICHIARAZIONE

Io sottoscritto _____ sotto la mia responsabilità dichiaro che, per quanto a mia conoscenza, il Sig. / la Sig.ra _____ dispone esclusivamente dei seguenti beni:

Immobili

Veicoli

Depositi

Conti Correnti

Libretti di risparmio

Titoli

Assicurazioni

Udine, li _____

Firma del richiedente _____

Si allegano i seguenti documenti (barrare gli allegati prodotti):

Estratto dell'atto di nascita del Beneficiario;

Certificato di residenza del Beneficiario;

Documentazione anagrafica che comprovi il rapporto di parentela tra il ricorrente e il Beneficiario (se il ricorrente è un parente - es. **certificato stato di famiglia/ certificato stato di famiglia storico/ estratto atto di nascita ricorrente ecc.**);

Fotocopia **Carta d'Identità** del ricorrente;

Marca da Bollo da € 27,00;

Certificato medico del Beneficiario (e/o certificazione della struttura ospitante) attestante:

- le *condizioni di vita personale del Beneficiario* (sanitarie, sociali, psicologiche ed educative);
- l'*eventuale impossibilità dello stesso di raggiungere in udienza il tribunale ordinario*;
- la *capacità o meno del Beneficiario a rendere il consenso medico informato*;
- la *condizione psicofisica del soggetto con riferimento dettagliato alla sua incapacità parziale o totale di badare a se stesso*;

Documentazione relativa alla **situazione patrimoniale** del Beneficiario relativa a (elenco esemplificativo e non esaustivo):

- pensione di invalidità;
- pensioni di reversibilità;
- assegni di accompagnamento;
- stipendi;
- rendite provenienti da affitti;
- investimenti;
- conti correnti;
- titoli.

Documentazione relativa alle **proprietà** del Beneficiario di **beni immobili** del Beneficiario relativa a (elenco esemplificativo e non esaustivo):

- visure catastali terreni o fabbricati;
- certificato di proprietà autoveicoli.