

**ISTANZA PER LA CESSAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO  
ART. 413 COMMA 1 COD.CIV****Ufficio del Giudice Tutelare  
del Tribunale Ordinario di Venezia**

Il sottoscritto (Nome e Cognome): .....

C.F.: .....nato a ..... il .....

residente a .....in via .....

tel. .... fax ..... mail .....

professione svolta: .....

nella sua qualità di:

- 1) Persona beneficiaria
- 2) Amministratore di sostegno del beneficiario
- 3) Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria
- 4) Parente entro il quarto grado, ovvero: ..... (es. madre)
- 5) Affine entro il secondo grado, ovvero: ..... (es. marito della sorella)
- 6) Pubblico Ministero
- 7) Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna la revoca della Amministrazione di sostegno.

**CHIEDE**

ai sensi degli artt. 413 comma 1 sg. cod. civ. (legge 9 gennaio 2004, n. 6)

**LA CESSAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO  
GIÀ PENDENTE IN FAVORE DI:**

NOME ..... COGNOME .....

C.F. .... NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A .....IN VIA .....

DIMORA ABITUALE: .....

luogo in cui il beneficiario ha la sede stabile dei suoi affetti ed interessi: da indicare qualora sia diversa dalla residenza o dal domicilio (es.: presso la Casa di Cura sita in...../ presso un parente.....).

**SPECIFICARE LE RAGIONI PER CUI SI CHIEDE LA CESSAZIONE**

(ai sensi dell'art. 413 comma 1 c.c., l'istanza deve essere "motivata", altrimenti è suscettibile di rigetto. Altresì il Giudice può revocare la nomina anche d'ufficio: art. 413 comma 4 c.c.):

**SI SONO DETERMINATI I PRESUPPOSTI PER LA CESSAZIONE DELLA A.D.S.,  
PER I MOTIVI CHE SEGUONO:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO È RISULTATA INIDONEA A REALIZZARE  
LA PIENA TUTELA DEL BENEFICIARIO, PER I SEGUENTI MOTIVI:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**(EVENTUALE INTEGRAZIONE)**

Il richiedente PROPONE i seguenti mezzi istruttori e/o l'acquisizione delle seguenti informazioni (ex art. 413 c.c.) ad ulteriore fondamento della domanda di revoca:

.....  
.....  
.....

**ALLEGA** (documenti utili – in specie, certificati medici, relazioni cliniche, perizie....):

.....  
.....  
.....

**Luogo e data**

**FIRMA (leggibile)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_