

**RICORSO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO  
IN FAVORE DI PERSONA PRIVA DI AUTONOMIA TOTALE O PARZIALE  
ART. 407 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 :

- Persona beneficiaria
- Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria
- Parente entro il quarto grado, ovvero: .....(es. madre)
- Affine entro il secondo grado, ovvero: .....(es. marito della sorella)
- Tutore / Curatore
- Pubblico Ministero
- Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna l'apertura della Amministrazione di sostegno.

**CHIEDE**

ai sensi degli artt. 404 e segg. cod. civ. (legge 9 gennaio 2004, n. 6)

**L'APERTURA DI UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI:**

NOME .....

COGNOME .....

C.F. ....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A .....

IN VIA .....

DIMORA ABITUALE: .....

ATTUALMENTE COLLOCATO PRESSO:.....

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.....).

**RAGIONI PER CUI SI RICHIEDE LA NOMINA  
DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

**La richiesta è motivata dalle seguenti ragioni di cui all'art. 404 Codice Civile:**

Il beneficiario si trova nella impossibilità     totale     parziale                     permanente     temporanea  
di provvedere ai propri interessi a causa di una:

- Menomazione fisica                     menomazione psichica                     infermità fisica                     infermità psichica
- Dipendenza (es. gioco, droghe, alcol, ecc.)

Dichiara che il beneficiario:     può presentarsi in Tribunale, davanti al Giudice Tutelare, oppure,  
 è opportuno che venga sentito presso una struttura pubblica collocata nei pressi del luogo ove dimora;  
 è opportuno che venga sentito presso la sua attuale dimora, perché dichiarato inamovibile con  
dettagliata e specifica certificazione medica attestante lo stato di intrasportabilità, sita in:

.....

Dichiara, sin d'ora, la disponibilità all'audizione a mezzo di videochiamata e a tal fine comunica il proprio nome utente.

Il beneficiario presenta una situazione clinica/sanitaria come documentata nei **certificati allegati** ed, in particolare, risulta affetto dalle seguenti **patologie** che provocano infermità o menomazioni fisiche o psichiche:

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

Le patologie sopra indicate limitano e riducono la capacità del soggetto a provvedere ai propri interessi in maniera autonoma e adeguata. In particolare le **funzioni della vita quotidiana che il beneficiario non è in grado di fare personalmente, senza aiuto**, sono le seguenti:

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

Vi è inoltre la **concreta e attuale necessità di compiere i seguenti atti** di carattere negoziale o comunque di rilevanza giuridica:

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

Specificare **fatti o eventi che evidenziano l'opportunità della misura di protezione giuridica** (prodigalità, mancanza di una valida rete familiare di supporto, conflittualità in famiglia che renda difficoltoso il sostegno del beneficiario, circonvenzione, raggi, altro):

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

**SITUAZIONE PATRIMONIALE:**

- lavoratore autonomo                      importo, se conosciuto, € .....
- lavoratore dipendente                    importo, se conosciuto, € .....
- pensionato                                    importo, se conosciuto, € .....
- altra pensione (specificare)..... importo, se conosciuto, € .....
- studente
- altro ..... importo, se conosciuto, € .....
- invalidità civile                             SI'     NO     NON SO
- indennità di accompagnamento         SI'     NO     NON SO

- proprietà o comproprietà immobiliari e loro ubicazione in:  
.....  
.....  
.....
- usufrutto .....
- diritto di abitazione di immobile e sua ubicazione .....
- diritto di uso (specificare) .....
- nuda proprietà di immobili siti in .....
- conduzione di immobili siti in .....
  - a) ATER                    canone € .....
  - b) privato                canone € .....

Altre possibilità economiche (polizze assicurative, fondi investimento, azioni, titoli, ...)

- ..... € .....
- ..... € .....
- ..... € .....
- ..... € .....
- ..... € .....

Il beneficiario è titolare di conti o depositi in banca od alle Poste?  
.....

Il beneficiario sostiene una spesa mensile (utenze, canoni, rette, badanti...) di circa euro.....

**Persone che hanno rapporti significativi con il beneficiario (se conosciuti)**

Nominativo, indirizzo, numero di telefono

Convivente

Coniuge.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Convivente.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Padre .....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Madre.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Figlio/a.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Fratello.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Sorella.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Nipote.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Altro .....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
.....	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

**INDICAZIONE DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Specificare i dati anagrafici (allegando il documento di identità) della persona ritenuta idonea a svolgere l'incarico tutorio di Amministratore di sostegno ai sensi dell'art. 408 cod. civ.:

NOME .....

COGNOME .....

C.F. ....

NATO A ..... IL .....

RESIDENTE A .....

IN VIA .....

TEL.....

FAX .....

MAIL .....

**Rapporti con il beneficiario:**

- coniuge (specificare se vi sia separazione legale  sì  no );
- persona stabilmente convivente;
- madre o padre;
- figlio o figlia;
- fratello o sorella;
- parente entro il quarto grado;
- soggetto designato dal genitore con testamento, con atto pubblico o con scrittura privata autenticata;
- soggetto in precedenza designato dallo stesso beneficiario con atto depositato presso il Notaio dottor.....;
- terzo estraneo al nucleo familiare (specificare i motivi della scelta).

Convive con il beneficiario?  sì  no



**4) Atti di carattere giuridico ed economico che si ritiene opportuno l'Amministratore di sostegno compia in nome e per conto del beneficiario:**

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

e, in particolare:

- attivarsi per chiedere l'indennità di accompagnamento
- attivarsi per la gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare
- attivarsi per la cura della persona e chiedere : o assistenza domiciliare o badante
- attivarsi per il pagamento delle utenze (luce, gas, acqua etc.)
- attivarsi per il pagamento delle rette di ricovero
- predisporre/sottoscrivere polizze assicurative
- accettare eredità con beneficio d'inventario (in alternativa alle autorizzazioni di cui al punto 2)
- patente: .....
- altro .....

**Chiede che l'Amministratore di sostegno sia autorizzato**

- ad accedere ai servizi di *home banking* ottenendo i codici del beneficiario, con limite di spesa giornaliero e mensile;
- a stipulare contratto con badante secondo il modello nazionale di contratto allegato.
- a stipulare contratto con casa di cura/riposo secondo il modello contrattuale allegato.

**Chiede che il Giudice dichiari che l'Amministrato**

- è in grado **oppure**  non è in grado di accettare/rinunziare l'eredità;

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**FIRMA (leggibile)** \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

1. Estratto integrale dell'atto di nascita del beneficiario;
2. Certificato storico di residenza e stato di famiglia del beneficiario;
3. Documento di identità di: ricorrente, beneficiario ed Amministratore di sostegno indicato;
4. Documentazione medica del beneficiario (SWAMA o altra specialistica);
5. Dichiarazioni di assenso sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità;
6. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale del beneficiario: estratti conto, titoli, visure, stipendi...;
7. Carichi pendenti e certificato penale della persona indicata come A.d.S.;
8. Altri documenti utili.