**TRIBUNALE DI PORDENONE**

**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

Il/la sottoscritto/a (Cognome, Nome).

**Nato a il**

**residente a in via**

**tel. -**

**C.F. Professione ,** nella sua qualità di

Parente entro il quarto grado ovvero

C H I E D E

ai sensi degli artt. 404 e segg. del Cod. Civ., introdotti dalla L. 9 gennaio 2004, n. 6, l’APERTURA DI UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI:

**Cognome e nome C.F.**

**Nato/a il a**

**Residente a in via**

Domicilio: (es: coincidente con la residenza/presso Casa di Cura sita in)

RAGIONI PER C UI SI RICHIEDE LA NOMINA DELL’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

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

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**(vedi certificazione medica e psichiatrica allegata) ……………………………………………………………………………………**

**Le patologie sopra indicate limitano e riducono la capacità del soggetto a provvedere ai propri interessi in**

**maniera autonoma e adeguata e vi è, inoltre, la concreta ed attuale necessità di compiere i seguenti atti**

**di carattere negoziale o comunque di rilevanza giuridica:**

**Specificare fatti od eventi che evidenziano l’opportunità delle misure di PROTEZIONE GIURIDICA (prodigalità, mancanza di una valida rete familiare di supporto, conflittualità in famiglia che renda difficoltoso il Sostegno della persona beneficiaria, circonvenzione, raggiri, altro):**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

La persona beneficiaria è titolare di quale stipendio o pensioni? ………**……………………………….**

La persona beneficiaria è titolare di quali immobili? …………………………………………………………..

La persona beneficiaria sostiene una spesa mensile (utenze, canoni, rette, badanti, ecc.) di circa euro ……………

………………………………………………..

A causa della sua situazione, la persona beneficiaria può compiere, da sola, i seguenti atti:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Il/la sottoscritto/a chiede l’apertura dell’amministrazione di sostegno

* **NOMINA A TEMPO INDETERMINATO**

La persona beneficiaria (qualora sia possibile cogliere la sua volontà):

* È d’accordo con l’attivazione della misura di protezione;

Generalità di coniuge, discendenti, ascendenti, fratelli e conviventi della persona beneficiaria (se conosciuti dal ricorrente):

Cognome e Nome Data e luogo di nascita Domicilio

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

TRASPORTABILITA’:

* La persona beneficiaria è trasportabile in tribunale.

(\***La “non trasportabilità” dev’essere motivata e certificata)**

Il/la sottoscritto/a **PROPONE**, ai sensi dell’art. 408 Cod. Civ., che venga nominato amministratore di sostegno della persona beneficiaria (specificare Cognome e Nome, rapporto di parentela o affinità):

**il/la figlio/a, il fratello o la sorella……………………………………………………………:**

ALLEGA

1. Certificato di nascita e di residenza della persona beneficiaria;
2. Fotocopia dei documenti d’identità e del codice fiscale della parte ricorrente e della persona beneficiaria;
3. Documentazione medica relativa alla persona beneficiaria;
4. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale della persona beneficiaria;
5. Eventuale certificato **motivato** di “non trasportabilità”;
6. Eventuali dichiarazioni di “non-opposizione” al ricorso, sottoscritte dai parenti della persona beneficiaria;
7. Dichiarazione rilasciata dalla persona proposta per la nomina, come da testo predisposto dai GG.TT. ;
8. Eventuale dichiarazione d’inesistenza del “dissenso ……al trattamento sanitario o ad esami diagnostici”;
9. Nota di iscrizione a ruolo, richiesta rilascio copia provvedimenti emessi dal G.T. e marca da bollo di €……….
10. Altri documenti utili:

Luogo e data: ……………

Firma (leggibile: Nome e Cognome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depositato in Cancelleria, oggi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_