**TRIBUNALE DI PORDENONE**

**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

Il sottoscritto (nome, cognome, c.f.) …………………………………………………………. professione svolta: .......... ………………

Nato/a a .......................................(….), il ................

residente in ................................ in via .........................., tel. .................; indirizzo mail: ……............

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
* Responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona beneficiaria, poiché a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l’apertura del procedimento di amministrazione di sostegno.

CHIEDE

ai sensi degli artt. 404 e seg. del Cod. Civ., introdotti dalla L. 9 gennaio 2004, n. 6, l’Apertura di una Amministrazione di Sostegno in favore di

Nome …………...................................................................................................

Cognome …………............................................................................................

Nato/a il …….......... a ...........................(……)

Residente in ..........................(….) in via ..........................................................

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

Dimora Abituale: (luogo presso cui la persona beneficiaria ha posto in modo non occasionale la sede dei suoi affetti e interessi. Da indicare se diversa dalla residenza o dal domicilio) …………………………………………………………………….

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

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 e 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, raggiri, altro): ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... SITUAZIONE PATRIMONIALE:

Il beneficiario è titolare di quale stipendio o pensioni? ................................................................................................................................................................

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

Il beneficiario è proprietario di quali immobili? ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ Il beneficiario sostiene una spesa mensile (utenze, canoni, rette, badanti…) di circa euro.........................................................................................................................................................

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

non può, compiere, da sola, i seguenti atti

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Si chiede l’apertura dell’amministrazione di sostegno

* a tempo determinato (per la durata di ...............................)
* a tempo indeterminato.

Il beneficiario è (qualora sia possibile cogliere la sua volontà):

* d’accordo alla misura di protezione
* rifiuta la misura di protezione.

Si indicano generalità di coniuge, discendenti, ascendenti, fratelli e conviventi del beneficiario (se conosciute dal ricorrente):

Nome e Cognome Data e luogo di nascita Domicilio

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trasportabilità:   * Il beneficiario non è trasportabile in Tribunale\* (si chiede l’esame delegato ex art. 407, comma II, c.c.)   (\*La non trasportabilità deve essere assoluta e certificata)   * Il beneficiario è trasportabile |  |  |

PROPONE

ai sensi dell’art. 408 Cod. Civ., che venga nominato come amministratore di sostegno della persona beneficiaria (indicare il nominativo)

* il coniuge (ma che non sia separato legalmente) ………………………………………………….
* la persona stabilmente convivente…………………………………………………………………
* il padre, la madre ………………………………………………………………………………….
* il figlio o il fratello o la sorella ……………………………………………………………………
* il parente entro il quarto grado ……………………………………………………………………
* il soggetto designato dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata …………………………………………………………………………………………
* un terzo estraneo al nucleo familiare (indicare il nominativo di persona individuata/ volontario) ………………………………………………………………………………………......................

**Allega**

1. Certificato di nascita e di residenza della persona beneficiaria

2. Documento di identità della parte ricorrente

3. Documentazione medica relativa alla persona beneficiaria

4. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale della persona beneficiaria

5. Eventuale certificato di non trasportabilità

6. Eventuali non-opposizioni al ricorso, firmate dai parenti della persona beneficiaria

7. Altri documenti utili

Luogo e Data ..........

FIRMA

(*leggibile*)