

TRIBUNALE DI ANCONA

VOLONTARIA GIURISDIZIONE

Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno (evidenziare qui se URGENTE)

Il/La(I sottoscritto/a/i

DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)	
CODICE FISCALE	
NUMERO TELEFONICO	
PEC/EMAIL	

In qualità di:

- ☐ coniuge non separato legalmente
☐ convivente stabile
☐ padre o madre
☐ figlio/a
☐ fratello/sorella
☐ altro parente (entro il quarto grado: nonno, bisnonno, nipote, pronipote, zio, cugino)
☐ suocero o cognato
☐ altro _____

DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)	
CODICE FISCALE	
NUMERO TELEFONICO	
PEC/EMAIL	

In qualità di:

- ☐ coniuge non separato legalmente
☐ convivente stabile
☐ padre o madre
☐ figlio/a
☐ fratello/sorella
☐ altro parente (entro il quarto grado: nonno, bisnonno, nipote, pronipote, zio, cugino)
☐ suocero o cognato
☐ altro _____

premessato che

- Il/la signor/a _____

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA
RESIDENZA
(Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)
DIMORA ABITUALE
CODICE FISCALE
NUMERO TELEFONICO
PEC/EMAIL

come risulta dalla certificazione medica che si allega, è affetto/a da (*specificare patologia*):

- _____
- _____

accertata da:

MEDICO DI BASE _____
MEDICO SPECIALISTA _____
COMMISSIONE INVALIDITA' CIVILE _____
SERVIZI SOCIALI _____
STRUTTURA SANITARIA _____

(*indicare nome e cognome, sede della Commissione o dei servizi e numero di telefono*)

e si trova attualmente ricoverato presso la seguente struttura:

- Tale patologia lo/la pone nell'impossibilità (*cerchiare l'opzione prescelta*)

Totale Parziale Temporanea Permanente

di provvedere ai propri interessi a causa di infermità/menomazione fisica/psichica:

- si rende necessario conseguentemente provvedere alla nomina di un Amministratore di Sostegno che possa (*cerchiare l'opzione prescelta*)

assisterlo/a rappresentarlo/a

nel compimento degli atti di seguito precisati:

- _____
- _____
- _____
- _____

- il beneficiario si trova nelle seguenti condizioni:

(breve descrizione delle condizioni economiche e di vita del beneficiario e dei suoi principali bisogni; indicazione delle persone che si occupano abitualmente di lui; indicazione di eventuale condizione di INTRASPORTABILITA' o difficoltà nel trasporto o condizioni che richiedono esame a domicilio o particolari modalità di esame):

chiede/chiedono

che la S.V. voglia nominare un amministratore di sostegno per il beneficiario sopra indicato.

Si chiede che la nomina avvenga a tempo *(cerchiare l'opzione prescelta)*:

Indeterminato

Determinato

Si chiede che l'A.D.S. venga incaricato di assistere e/o rappresentare il beneficiario nel compimento, a titolo indicativo, dei seguenti atti da compiersi senza necessità di separata autorizzazione:

1. riscossione della pensione e/o indennità e/o retribuzione mediante accredito su conto corrente intestato all'amministrato;
2. utilizzo di tali importi per le esigenze ordinarie dell'amministrato e l'ordinaria amministrazione dei suoi beni e deposito della differenza sul conto di cui al punto 1.;
3. espletamento di ogni incombenza di carattere burocratico-amministrativo inerente i rapporti con enti pubblici o istituzioni private, ivi compresa la presentazione di istanze per la richiesta di assistenza, anche sanitaria, e di sussidi;
4. presentazione della dichiarazione dei redditi e sottoscrizione di atti di natura fiscale;
5. individuazione e scelta delle terapie ritenute più idonee per la tutela e la salute del beneficiario secondo le indicazioni dei sanitari che lo hanno in cura, ivi compreso il ricovero presso struttura idonea alla cura, prestazione del consenso informato ai trattamenti sanitari ritenuti utili e necessari alla cura del beneficiario;
6. assistenza o rappresentanza del beneficiario nel compimento di tutti gli atti di straordinaria amministrazione previa autorizzazione del Giudice Tutelare;
7. altro: _____

si precisa che

- il beneficiario è titolare dei seguenti trattamenti pensionistici e/o indennità e/o retribuzioni:

-

- il beneficiario è intestatario dei seguenti rapporti bancari:

BANCA/POSTA	
NUMERO CONTO CORRENTE	
ABI	
CAB	
IBAN (27 CIFRE)	
INTESTATARIO/I	
PRESENZA EVENTUALI DELEGHE	
SALDO ALLA DATA ATTUALE _/_/_/____	

BANCA/POSTA	
NUMERO CONTO CORRENTE	
ABI	
CAB	
IBAN (27 CIFRE)	
INTESTATARIO/I	
PRESENZA EVENTUALI DELEGHE	
SALDO ALLA DATA ATTUALE _/_/_/____	

- il beneficiario è:

proprietario

titolare di altro diritto reale

dei seguenti immobili (*indicare per ognuno di essi l'utilizzo attuale degli stessi*):

-

- il beneficiario è titolare di:

DEPOSITI bancari/postali	☐ presenti ☐ assenti
---------------------------------	--

POLIZE VITA	☐ presenti	☐ assenti
ALTRI TITOLI BANCARI O ASSICURATIVI	☐ presenti	☐ assenti
PARTECIPAZIONI IN AZIENDA	☐ presenti	☐ assenti
ALTRI RAPPORTI ECONOMICI	☐ presenti	☐ assenti
ULTERIORI PROPRIETA'	☐ presenti	☐ assenti

- il beneficiario è proprietario delle seguenti autovetture e/o motocicli:

- ☐ _____
☐ _____
☐ _____

- I prossimi congiunti del beneficiario sono i seguenti soggetti:

PROSSIMI CONGIUNTI DEL BENEFICIARIO (oltre al/ai richiedenti)

Specificare generalità e domicilio del **coniuge**, dei **discendenti**, degli **ascendenti**, dei **fratelli**, parenti entro il IV grado del beneficiario, gli affini entro il II grado del beneficiario nonché dei **conviventi** della persona per la quale si richiede la nomina, conosciuti dal ricorrente:

	GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME E DATA DI NASCITA	INDIRIZZO (Via/Piazza, n°civico, Città, CAP)	TELEFONO/FAX/ EMAIL
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7				
----------	--	--	--	--

- Si precisa infine che ha dato la propria disponibilità a ricoprire l'incarico di A.D.S. il/la sig./ra:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Via/Piazza, n°civico Città,	
NUMERO TELEFONO/FAX	
EMAIL	
EVENTUALI MOTIVAZIONE DELLE RAGIONI PER LE QUALI SI E' INDIVIDUATO IL NOMINATIVO	

In fede.

Ancona, (data)_____

FIRMA

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

1. Certificato di nascita del beneficiario;
2. Certificato di residenza attuale del beneficiario;
3. Copia CODICE FISCALE e documento di identità del beneficiario;
4. Stato di famiglia del beneficiario;
5. Attestazione medico sanitaria sulle condizioni di salute del beneficiario;
6. Estratto conto rilasciato dall'Istituto di credito o assicurativo se la persona è intestataria di depositi bancari, polizze di vita, altri titoli bancari o assicurativi;
7. Visura catastale degli immobili;
8. Fotocopia della carta di identità e codice fiscale di chi sottoscrive il ricorso.
9. Versamento di euro 27,00 per diritti di cancelleria da effettuare con PagoPa
<https://servizipst.giustizia.it/PST/it/pagopa.wp>