

**TRIBUNALE DI RIMINI**  
**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

**RICORSO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONA PRIVA DI  
AUTONOMIA TOTALE O PARZIALE**  
Artt. 404 e segg. C.C.

Il sottoscritto (*Nome e Cognome*) \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

professione svolta \_\_\_\_\_

Persona beneficiaria

Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria

Parente entro il quarto grado (es. madre) \_\_\_\_\_

Affine entro il secondo grado (es. marito della sorella) \_\_\_\_\_

nella sua qualità di :

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 \_\_\_\_\_

(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**

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:**

---

---

---

---

---

Segue elenco delle complete generalità di coniuge (o convivente), familiari, parenti entro il 4° grado ed affini entro il 2° grado del beneficiario:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 DEL/LA BENEFICIARIO/A**

**Beni immobili del/la beneficiario/a**

Descrizione (indirizzo)	Elementi catastali identificativi	Percentuali di proprietà o usufrutto

**Titoli – fondi - conti correnti – libretti di deposito del/la beneficiario/a**

Tipo di patrimonio	Saldo ad inizio amministrazione
Conto corrente (bancario-postale) n.	
Conto corrente (bancario-postale)	
Conti deposito	
Dossier titoli-azioni-obbligazioni ecc.	
Libretto deposito	
Assicurazioni	
<b>TOTALE</b>	

**Beni Mobili del/la beneficiario/a (auto – moto – beni di pregio)**

Descrizione del bene	Valore approssimativo

Il beneficiario sostiene una spesa mensile (utenze, canoni, rette di degenza, affitti, badanti, ecc.) di circa euro \_\_\_\_\_.

**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. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**RAPPORTI CON IL BENEFICIARIO:**

1 coniuge (specificare se vi sia separazione legale);

2 persona stabilmente convivente;

3 madre o padre;

4 figlio o figlia;

5 fratello o sorella;

6 parente entro il quarto grado;

7 soggetto designato dal genitore con testamento, con atto pubblico o con scrittura privata autenticata;

8 soggetto in precedenza designato dallo stesso beneficiario con atto depositato presso il Notaio dott. \_\_\_\_\_;

9 terzo estraneo al nucleo familiare (specificare i motivi della scelta):

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

**INFORMAZIONI UTILI AI FINI DELLA RICHIESTA DI TUTELA LEGALE:**

Il beneficiario è in grado di comprendere?

---

---

Il beneficiario è in grado di comunicare verbalmente?

---

---

Il beneficiario è trasportabile in Tribunale? (la non trasportabilità deve essere assoluta e certificata da un medico curante\*)

---

---

(\*) L'intrasportabilità per essere assoluta presuppone che il malato sia collegato ad apparecchiature medicali indispensabili per la terapia in atto e che egli non possa essere condotto nemmeno in autoambulanza: il sanitario che certifica la inamovibilità deve perciò escludere che il trasferimento possa avvenire anche a mezzo di autoambulanza. I pazienti gravi potranno essere esaminati all'interno del veicolo, nel parcheggio del Tribunale.

Luogo e data

FIRMA (leggibile)

---

---

**ALLEGATI:**

1. Estratto integrale dell'atto di nascita del beneficiario;
2. Certificato storico dello stato di famiglia del beneficiario;
3. Documento di identità di: ricorrente, beneficiario ed Amministratore di sostegno indicato;
4. Documentazione medica attestante la patologia;
5. Eventuale certificato di non trasportabilità assoluta dell'invalido (\*);
6. Dichiarazioni di assenso sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità;
7. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale: Visure catastali degli immobili, Estratti del conto corrente bancario e/o postale con indicazione del saldo ad inizio amministrazione, Sintesi dossier titoli, azioni, obbligazioni ecc. Fotocopia libretti di deposito
8. Altri documenti utili:

---

---

