



€ 27,00

(diritti Forfettizzati)

TRIBUNALE DI SIENA
VOLONTARIA GIURISDIZIONE

Al Giudice Tutelare del Tribunale Ordinario di Siena

Il/la sottoscritto/a (ricorrente) :

Nome: _____ Cognome: _____

Nato a: _____ prov. (___) il ___ /
___ / ___

Residente a: _____ Prov. (___) in via _____

telefono: _____ Cellulare: _____

Email _____

IN QUALITA' DI

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficiando | <input type="checkbox"/> Padre o Madre | <input type="checkbox"/> Affine entro il 2° grado |
| <input type="checkbox"/> Coniuge | <input type="checkbox"/> Figlio/Figlia | <input type="checkbox"/> suocero/a |
| <input type="checkbox"/> Convivente stabile | <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella | <input type="checkbox"/> cognato/a |
| <input type="checkbox"/> Responsabili dei servizi socio-sanitari | <input type="checkbox"/> genero/nuora | : |
| <input type="checkbox"/> Legale rappresentante (<i>specificare</i>): | | |
| <input type="checkbox"/> Tutore o curatore | | |
| <input type="checkbox"/> Altro parente entro il 4° grado: (<i>specificare</i>): _____ | | |

DELLA PERSONA PER LA QUALE CHIEDE L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

CHIEDE

l'applicazione della misura di protezione dell'Amministrazione di sostegno, ai sensi della Legge 6/2004 NELL'INTERESSE di:

Nome: _____ Cognome : _____

Nato a: _____ prov. (____) il ____ / ____ / ____

Residente a: _____ prov. (____) in via _____

Codice Fiscale _____

ora vive normalmente nel Comune di _____

prov. (____) in via _____ in grado di deambulare

oppure **E' INTRASPORTABILE** (allegare in tal caso certificato medico specifico che attesti l'assoluta intrasportabilità)

la richiesta è **URGENTE** per i seguenti motivi (specificare precise e dettagliate ragioni di urgenza per le quali si chiede la nomina di un ADS provvisorio) :

1. _____

2. _____

3. _____

Si indica come amministratore di sostegno:

Nome _____ Cognome _____

residente a _____ prov. (____) in via _____

Telefono: _____ Cell. _____ E.mail _____

Codice Fiscale _____

Oppure, si chiede al Giudice Tutelare di individuare persona idonea

Inoltre indica i nome e gli indirizzi dei parenti entro il 4° grado e affini entro il 2° in vita (genitori, fratelli, figli, coniuge, nonni, zii, nipoti, cugini, suoceri, genero, nuora e cognati della persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno) a lui noti:

| NOME | COGNOME | Indirizzo | Recapito tel. | Grado di parentela |
|------|---------|-----------|---------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Il sottoscritto si impegna ad informare i parenti sia del ricorso che dell'udienza fissata dal Giudice tutelare secondo le indicazioni di legge e come specificato nel Decreto del Giudice tutelare, tramite una raccomandata con ricevuta di ritorno, quest'ultima **da esibire** in occasione dell'**Udienza** dinanzi al Giudice tutelare per l'apertura dell'amministrazione di sostegno, oppure tramite una dichiarazione di assenso scritta e firmata dal parente con allegata copia del documento di identità, anch'essa da esibire in udienza. Si impegna inoltre a comunicare sempre a mezzo A/R il ricorso e il decreto di fissazione di udienza al beneficiando.

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente dichiara che la persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno non è attualmente interdetto o inabilitato né è pendente procedimento d'interdizione o inabilitazione nei suoi confronti.

Le ragioni ordinarie per le quali si chiede l'amministrazione di sostegno sono le seguenti:

1) indicare quali siano **le condizioni di salute-** (specificare le eventuali infermità o menomazioni fisiche o psichiche da cui sarebbe affetta la persona per la quale si chiede l'Amministrazione e se sia o meno seguita dai servizi sociali o dai servizi psichiatrici, indicando l'assistente sociali o il medico di riferimento e la sede dei servizi sociali o dell'ambulatorio)

2) indicare quali siano **le condizioni di vita della persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno**

- Vive presso casa di cura, comunità o altra struttura
- Vive in famiglia con altre n. ___ persone conviventi
- Vive da solo
- Vive in abitazione con badante
- Lavora Altro (specificare)

3) specificare ulteriori motivi per i quali il beneficiario non sarebbe in grado di provvedere ai propri interessi personali e patrimoniali

_____ a tal fine si indicano le azioni che il beneficiario è oppure non è in grado di effettuare (barrare la casella corrispondente):

| | operazioni | Si, in modo autonomo | Con l'aiuto di un amministratore di sostegno |
|---|--|----------------------|--|
| 1 | Dare il giusto significato al denaro | | |
| 2 | Fare testamento | | |
| 3 | Dare il proprio consenso per le cure | | |
| 4 | Decidere in modo autonomo della sua vita di relazione | | |
| 5 | Ritirare personalmente la pensione | | |
| 6 | Fare acquisti personali entro un limite di € _____ settimanali / mensili ed effettuare operazioni bancarie/postali/bancomat entro un limite di € _____ | | |
| 7 | Altro _____ _____ | | |

Inoltre indica che le principali Entrate e Spese mensili del beneficiario sono:

ENTRATE

| <u>VOCE</u> | <u>IMPORTO</u> |
|-------------|----------------|
| Pensione | € _____ |
| Affitti | € _____ |
| Rendite | € _____ |
| Altro | € _____ |

USCITE (SPESE)

| <u>VOCE</u> | <u>IMPORTO</u> |
|---|----------------|
| Spese per alimentazione, vestiario e cura della persona | |
| Spese per la casa (affitto, mutuo, sp. condominiali) | |
| Spese per il tempo libero e vacanze | |
| Spese per la frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti | |
| Spese per cure sanitarie o riabilitative (occhiali, dentista, carrozzine, terapie specifiche) | |
| Altro _____ | |
| Altro _____ | |

L'istante **dichiara** sotto la propria responsabilità altresì, che per quanto è a propria conoscenza, il beneficiario per il quale si chiede l'amministrazione di sostegno

Dispone esclusivamente dei seguenti beni

Immobili_ (allegare visura con dati catastali e rendita) _____

Veicoli (allegare copia del libretto di circolazione) _____

Depositi, conti correnti, pensioni o rendite (allegare visura bancaria con i saldi) _____

Documentazione da allegare alla domanda

- Copia dell'atto di nascita del beneficiario
- Certificato del medico curante attestante la condizione psicofisica del soggetto con riferimento dettagliato alla sua incapacità parziale o totale di badare a se stesso

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

- ▣ Eventuale certificato medico che attesti l'assoluta impossibilità del beneficiario di raggiungere il Palazzo di giustizia, neppure in ambulanza. Nel caso di assoluta in trasportabilità il Giudice Tutelare effettuerà l'esame presso la dimora del beneficiario: è consigliabile l'indicazione del luogo dove deve avvenire l'esame
- ▣ Stato di famiglia con certificazione della residenza
- ▣ Documenti attestanti lo stato patrimoniale (visure, saldo bancario ecc)
- ▣ Copia del documento di identità del beneficiario
- ▣ Copia del documento di identità del ricorrente

Si chiede sin d'ora copia conforme dei provvedimenti che saranno emessi dal Giudice.

Siena _____

Firma del richiedente
