**TRIBUNALE DI CREMONA**

Applicare

una marca da bollo di € 27,00

**Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno promosso dai responsabili dei servizi socio-sanitari di enti pubblici e privati**

*(art. 404 ss. cod. civ.)*

**AL SIG. GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI CREMONA**

Il sottoscritto ………………………………………………………………… nato a ………………………………………… il ………………………… in qualità di responsabile dei servizi sanitari e/o sociali presso (indicare l’Ente) ………………………………………………… con sede in ……………………………………………………………… via …………………………………………………………………………… tel. …………………………………………… fax ……………………………………………

**P R E M E S S O CHE.**

che come risulta dalla allegata relazione del ………………………………………………………………… redatta ………………………………………………………………… si è in possesso di elementi di informazione e di elementi obiettivi nonché di valutazioni sanitarie che rendono opportuna l’attivazione di una amministrazione di sostegno nell’interesse del sig. ………………………………………………………………………… nato a ………………………………………… il …………………………………… codice fiscale ……………………………………………………………… residente in …………………………………………… via …………………………………………………………………………………… attualmente con stabile dimora presso ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

ove viene pagata una retta mensile di € ………………………………………

che il Sig/ra. …………………………………………………………………………

1) è (indicare lo stato civile) ………………………………………………

2) è titolare delle seguenti pensioni:

…………………………………………………………………… importo mensile € ………………………………

…………………………………………………………………… importo mensile € ………………………………

…………………………………………………………………… importo mensile € ………………………………

3) è proprietario dei seguenti immobili:

immobile sito a …………………………………………. Via …………………………………………. n° ………

(se locato) canone percepito € …………………………;

immobile sito a …………………………………………. Via …………………………………………. n° ………

(se locato) canone percepito € …………………………;

4) è titolare di conto corrente ……………………… (indicare se bancario o postale) presso …………………………………………. n° …………………………………………. con saldo di € …………………………………………. in data …………………………………………

*(elencare anche eventuali altri dati relativi alla consistenza patrimoniale, es investimenti bancari)*

5) è affetto da ……………………………………………………………………………………………………………………… così come risulta dalla certificazione medica che si allega (la certificazione dovrà indicare le condizioni di salute della persona evidenziando le fragilità e gli impedimenti conseguenti lo stato di salute e psichico, con riguardo alla capacità di vita autonoma e residue capacità d’agire, con riferimento alla vita ordinariamente condotta)

**CONSIDERATO CHE:**

* le spese ordinarie per il mantenimento del Sig/ra ………………… ammontano ad € ………….……………………………… mensili e che le voci di spesa ricorrenti sono dovute a: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* in relazione all’attuale quadro clinico il Sig./ra necessita di essere **assistito/rappresentato** nei compimento dei seguenti atti:

1. riscossione della pensione e/o stipendio mensile di € …………………………;
2. gestione di investimenti mobiliari e del conto corrente bancario/postale;
3. utilizzo della predetta pensione e delle rendite fino alla concorrenza di € ………………………… per le esigenze ordinarie della persona assistita e l’ordinaria amministrazione dei suoi beni con deposito della differenza presso ………………………………………………………………………………;
4. presentazione di istanze ad Uffici postali, bancari,
5. presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione, enti di diritto privato, ASST di competenza territoriale, per la richiesta di assistenza, sociale, sanitaria, socio sanitaria e/o di sussidi;
6. presentazione della dichiarazione dei redditi e sottoscrizione di atti di natura fiscale ed amministrativa in generale;
7. ricevere informazioni da parte del personale sanitario che ha in cura il beneficiario sulle condizioni di salute e sulle terapie effettuate o da effettuarsi;
8. prestare il consenso informato per cure e trattamenti sanitari che si rendessero necessari per la salute della persona, per il trattamento dei dati sensibili;
9. provvedere alle spese sanitarie e di cura non riferibili alla patologia *(es. cure dentarie)*;
10. provvedere alle riparazioni, manutenzioni e messa in sicurezza di dispositivi nonchè all’ordinaria amministrazione e cura dell’abitazione dove risiede il beneficiario e del patrimonio immobiliare dello stesso.

ALTRI ATTI(6)

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;

…………………………………………………………………………………………………………………………………………;…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* che il Sig./ra risulta in rapporto di parentela o affinità (genitori, fratelli, figli e coniugi) con :(elencare cognome, nome, luogo e data di nascita, residenza, grado di parentela sino al IV grado e affinità sino al II° grado, numero telefonico)

1. ………………………………………………………… grado di parentela ……………………………………………… residente in …………………………………… via ……………………………………………………………………… tel. ……………………………………
2. ………………………………………………………… grado di parentela ……………………………………………… residente in …………………………………… via ……………………………………………………………………… tel. ……………………………………
3. ………………………………………………………… grado di parentela ……………………………………………… residente in …………………………………… via ……………………………………………………………………… tel. ……………………………………
4. ………………………………………………………… grado di parentela ……………………………………………… residente in …………………………………… via ……………………………………………………………………… tel. ……………………………………

* che il predetto/a non risulta abbia designato alcun amministratore di sostegno (o abbia designato quale amministratore di sostegno, mediante atto depositato presso il notaio ……………………………… il …………………………… il sig. ………………………………………………………………………… nato a ………………………………………… il …………………………………… codice fiscale ……………………………………………………………… residente a …………………………………………… in via ……………………………………………………………………………………)
* che potrebbero assumere l’incarico di amministratore di sostegno i signori;

1. ………………………………………………………………… relazione ………………………………………………………

nato a ………………………………………… il …………………………………… codice fiscale ……………………………………………………………… residente a …………………………………………… in via …………………………………………………………………………………… tel. …………………………………… motivo della indicazione ……………………………………………………………

1. ………………………………………………………………… relazione ………………………………………………………

nato a ………………………………………… il …………………………………… codice fiscale ……………………………………………………………… residente a …………………………………………… in via …………………………………………………………………………………… tel. …………………………………… motivo della indicazione ……………………………………………………………

**C H I E D E**

che siano valutate le motivazioni addotte e si provveda all’apertura di Amministrazione di sostegno a favore e nell’interesse del sig. ………………………………………………………………………… nato a ………………………………………… il …………………………………… codice fiscale ……………………………………………………………… residente a …………………………………………… in via …………………………………………………………………………………… attualmente con stabile dimora in ………………………………………………………………………………………

Allegati:[[1]](#footnote-1)

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………;
5. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
6. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
7. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
8. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;

…………………………………………, ………………………………

*(luogo) (data di sottoscrizione)*

Il ricorrente

1. [↑](#footnote-ref-1)