**TRIBUNALE DI CREMONA**

Applicare

una marca da bollo di € 27,00

**Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno**

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

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

Il sottoscritto(1) ……………………………………………………………… nato a ………………………………………… il …………………………………… codice fiscale ……………………………………………………………… residente a …………………………………………… in via …………………………………………………………………………………… tel. …………………………………………… cell. …………………………………………… nella qualità di(2) …………………………………………………………………………………………………………………… del sig. ………………………………………………………………………… nato a ………………………………………… il …………………………………… codice fiscale ……………………………………………………………… residente a …………………………………………… in via …………………………………………………………………………………… attualmente dimorante ………………………………………………………………………………………………………… ove viene pagata una retta mensile di € ………………………………………

**ESPONE IN FATTO E IN DIRITTO**

1) il predetto sig. ………………………………………………………………… si trova nella impossibilità totale *(oppure parziale)* e permanente *(oppure temporanea)* di provvedere ai propri interessi a causa di infermità *(oppure menomazione)* fisica *(oppure psichica)*; (3)

2) infatti lo stesso sig. ………………………………………………………………… come risulta da certificazione medica che si allega risulta affetto da(4) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3) si rende pertanto necessaria la nomina di un amministratore di sostegno che possa rappresentare *(oppure assistere)*(5) il predetto sig. …………………………………………………………… nel compimento degli atti di seguito precisati al fine di curarne, nel miglior modo, la salute, di tutelarne le esigenze esistenziali e di salvaguardarne il patrimonio;

4) il predetto sig. ………………………………………………………………… è in rapporto di coniugio o parentela (figli, ascendenti, fratelli) o convivenza con i sig.ri:

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

residente a ……………………………… in via ………………………………………………………………………

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

residente a ……………………………… in via ………………………………………………………………………

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

residente a ……………………………… in via ………………………………………………………………………

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

residente a ……………………………… in via ………………………………………………………………………

5) la persona beneficiaria

a) è titolare delle seguenti pensioni:

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

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

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

b) è proprietaria dei seguenti immobili:

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

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

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

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

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

*(elencare eventuali altri dati relativi alla consistenza patrimoniale: investimenti, conti deposito ecc.)*

*6) La persona è impossibilitata a recarsi presso il Tribunale: SI’ - NO*

7) si indica/no come persona/e idonea/e e disponibile a ricoprire l’incarico di Amministratore di Sostegno i signori:

a) …………………………………………………………… relazione ………………………………………………………

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

b) …………………………………………………………… relazione ………………………………………………………

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

**SULLA BASE DI QUANTO ESPOSTO, SI CHIEDE**

cha la S.V. voglia nominare un Amministratore di Sostegno al predetto sig/ra. ………………………………………………………………… affinché possa rappresentarlo *(oppure assisterlo)* nel compimento dei seguenti atti(6) senza necessità di separata, ulteriore autorizzazione:

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. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;

**Allegati: (7)**

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
4. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
5. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
6. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
7. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
8. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
9. …………………………………………………………………………………………………………………………………………;
10. ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………, ………………………………

*(luogo) (data di sottoscrizione)*

Il ricorrente

………………………………………………………………

NOTE:

* 1. lo stesso soggetto incapace, il coniuge o il convivente dell’incapace, i parenti entro il 4° grado, gli affini entro il 2° grado, i responsabili dei servizio sociosanitari che assistono l’incapace, il Pubblico Ministero, il Tutore e il Curatore insieme alla richiesta di revoca dell’interdizione e/o dell’inabilitazione. Il ricorso può essere presentato contestualmente anche da più ricorrenti (entrambi i genitori, i genitori con altri figli, i fratelli con i coniugi, tutti i figli insieme, ecc.). Tutti i ricorrenti indicheranno i propri dati e firmeranno l’atto;
  2. indicare il rapporto che intercorre tra la persona che presenta il ricorso e la persona per la quale si richiede la nomina dell’amministratore di sostegno;
  3. indicare se si tratta di impossibilità totale o parziale, temporanea o permanente di provvedere ai propri interessi a causa di infermità oppure di menomazione;
  4. indicare il tipo di infermità o menomazione fisica o psichica;
  5. in relazione al tipo di infermità o menomazione si può chiedere che l’amministratore di sostegno abbia il potere di rappresentare l’interessato oppure si limiti ad assisterlo, si può anche richiedere che per alcuni atti l’amministratore di sostegno rappresenti la persona interessata e che per altri lo assista;
  6. l’indicazione degli atti è esemplificativa. È bene provvedere ad un’elencazione quanto più possibile analitica e dettagliata; infatti l’amministratore di sostegno potrà compiere, senza munirsi, volta per volta, di una separata autorizzazione, soltanto di atti di ordinaria amministrazione espressamente e tassativamente indicati nel decreto di nomina. Per gli atti eccedenti l’ordinaria amministrazione è necessario richiedere, con istanza, una specifica, separata l’autorizzazione specifica del Giudice Tutelare;
  7. **al ricorso è obbligatorio allegare i seguenti documenti:**
* copia integrale dell’atto di nascita del beneficiario, da richiedere nel Comune di nascita;
* certificato di residenza e stato di famiglia del beneficiario, da richiedere nel Comune di residenza;
* documentazione medica (relazione sanitaria/certificazione medica attestante le patologie nonchè il grado di capacità di intendere e di volere o la totale incapacità e le eventuali residue capacità del beneficiario, eventuale diario di contenzione e mezzi di contenzione utilizzati);

* copia certificato di riconoscimento dell’invalidità civile;
* eventuale certificato medico (redatto dal medico di base o della struttura sanitaria/socio sanitaria di ricovero) che attesti l’impossibilità del beneficiario a recarsi in Tribunale per la convocazione (in tal caso l’esame avverrà nel luogo in cui il beneficiario si trova o attraverso video conferenza con il Tribunale, per le strutture che l’anno attivata).
* documentazione sulle condizioni di vita personale del beneficiario (es. relazione sociale o del CSE e del CPS frequentato, relazione della comunità, ecc.);
* documentazione relativa alla situazione patrimoniale:  
  A) (pensione di anzianità, pensione di invalidità, eventuale assegno di accompagnamento, pensione di reversibilità;

B) stipendi percepiti per attività lavorative, rendite provenienti da affitti, somme depositate su conti correnti o investite, proprietà immobiliari, ecc.);

* saldo conto corrente bancario o postale del beneficiario;
* documentazione comprovante investimenti bancari;
* visure catastali immobili di proprietà del beneficiario;
* casellario penale della persona indicata come eventuale Amministratore di Sostegno.