



diritti di cancelleria da 27.00
da pagare con Ricev. Telem. (pagoPA), generando l'avviso (bollettino)

Ricorso per amministrazione di sostegno

Al Giudice Tutelare del Tribunale di Avezzano

Il/la sottoscritto/a (ricorrente):

Nome: _____ Cognome: _____

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

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

_____ Cellulare: _____

Email _____ fax _____

in qualità di

Beneficiando Padre o Madre Coniuge Figlio/Figlia Convivente stabile Fratello/Sorella

Altro parente entro il 4° grado:

(specificare): _____

Responsabili dei servizi socio-sanitari

Tutore o curatore

Legale rappresentante (specificare): _____

Affine entro il 2° grado: suocero/a cognato/a genero/nuora

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 _____

_____ ed è in grado di deambulare

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



VOLONTARIA GIURISDIZIONE

Il sottoscritto si impegna ad **informare detti parenti sia del ricorso che dell'udienza fissata dal Giudice tutelare tramite una raccomandata con ricevuta di ritorno, quest'ultima da esibire in occasione dell'udienza, oppure tramite una dichiarazione scritta e firmata dal parente, 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
 Lavora Vive da solo Vive in abitazione con badante Altro (*specificare*)

- 3) **specificare ulteriori motivi per i quali il beneficiando 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 ADS* |
|---|--|-----------------------------|-----------------|
| 1 | Dare il giusto significato al denaro | | |
| 2 | Dare il proprio consenso per le cure | | |
| 3 | Ritirare personalmente la pensione | | |
| 4 | Fare acquisti personali entro un limite di €_____ settimanali / mensili ed effettuare operazioni | | |



| | | | |
|---|--|--|--|
| | bancarie/postali/bancomat entro un limite di € _____ | | |
| 5 | Altro _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ | | |

(*) Con AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Inoltre indica che le principali **Entrate e Spese e bisogni 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 (barrare i documenti prodotti)

- 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
- Documenti attestanti lo stato patrimoniale (visure, saldo bancario ecc)
- Copia del documento di identità del beneficiario
- Copia del documento di identità del ricorrente
- Estratto integrale dell'atto di nascita del beneficiario

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

Avezzano_____

Firma del richiedente