**AL GIUDICE TUTELARE**

Pagamento PagoPa da €27.00

**TRIBUNALE ORDINARIO DI BRESCIA**

**UFFICIO VOLONTARIA GIURISDIZIONE**

#

**Ricorso ai sensi della legge 9 gennaio 2004, n. 6 (codice 413061)**

**per la nomina di amministratore di sostegno in via urgente**

**(nei soli casi in cui la misura si renda necessaria ancora prima dell’esame della persona beneficiaria)**

Premesso che si sottopone con urgenza il presente ricorso per la nomina dell’amministrazione di sostegno per il sig./sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed attualmente residente presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

allegare tutta la documentazione medica comprovante l’urgenza:

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

Il/La sottoscritto/a …………………………..………………………………………….…………………….. nato/a a ………….….. il …………………………… e residente a ………………………………………………….……….. in Via…………………………………………………………………………………………………….……………………cell/tel.………………………………e-mail …………………………………………….……………………………..…

in qualità di ……………………………….………………. del/della signor/a(*la persona beneficiaria)* ……………………………………………..……………………..……………………………………………………….

nato/a a ..….………………………………..…...il …………………., residente a ……………………………..….. in Via ………………………………, con attuale dimora abituale a………………………..…………………. presso ……………......................... in Via…………………………..…………………………………..…... (se in struttura) ove viene pagata una retta mensile di € .............………………………….........……….……………..,

**Espone/Espongono in**

FATTO E IN DIRITTO

1. Il/La signor/a (*la persona beneficiaria)* …………………………………………………….si trova nella impossibilità:
	* parziale/totale
	* temporanea/permanente

 di provvedere ai propri interessi.

1. Questo stato della persona dipende dalle *disabilità/patologie/fragilità* che la affliggono e che, come da documentazione medica che si allega, consistono in ……………………………….………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………………..…;

1. La situazione rende necessaria la nomina di un Amministratore di Sostegno alla persona per il compimento degli atti specificati nelle conclusioni; ciò al fine di curarne, nel miglior modo, la salute, di tutelarne le esigenze esistenziali e di salvaguardarne il patrimonio attraverso una *assistenza/sostituzione* che appare opportuna in quanto le condizioni psico-fisiche del beneficiario limitano le sue capacità di agire con consapevolezza per il proprio interesse.
2. Indica quali specialisti e quali servizi socio-assistenziali seguono il beneficiario o sono territorialmente competenti in relazione alla sua residenza:

Medico di base (MMG) ………………………………………..…………………………………………….…;

Specialista di riferimento ……………………..………………….…………...… Servizio di appartenenza ………………………………;

Assistente Sociale …………….………………….....…………………………… Servizio di appartenenza ……………………………….

1. Si indica come persona idonea e disponibile a ricoprire l’incarico di Amministratore di Sostegno il/la Signor/a …….…………..……………………………………………………………………..………………...;

 le ragioni per cui viene ritenuta idonea la persona indicata sono le seguenti : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..;

1. **La persona beneficiaria è titolare di:**
* pensione/stipendio/indennità pari a circa € ……………………….. mensili;
* fondi bancari/assicurativi pari a circa €………………………………………………;
* libretto al portatore/conto corrente (bancario o postale) presso…………………………..……………. n°conto………….…….. con saldo di € ………………….. in data ……………………….. ;
1. **La persona beneficiaria è proprietaria**
* immobile sito a ……………………………. Via ……………………..n° …….(indicare i dati catastali) ……………………………………………………………………………………………………….…….....

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

Sulla base di quanto esposto, si chiede l’accoglimento delle seguenti

CONCLUSIONI

 Voglia il Giudice Tutelare adito, assunta ogni **informazione ritenuta** ed ammessa, se del caso, **consulenza medico-legale** **nominare al signor/a** *(la persona beneficiaria)*…………………………………………… **come suo Amministratore di Sostegno il/la signor/a**……………….………………….. nato/a a …………………….……… il …………………………………residente a ………………………………………………………Via ………….…………………………..…………………………………………………………………………………….

tel…….…………………………………………..………..……cell………………………………………..…………

affinché possa ***assistere/sostituire*** il/la beneficiario/a nel compimento dei seguenti atti:

* Riscuotere pensioni, indennità, stipendio;
* Gestire di investimenti e conto corrente;
* Utilizzare le rendite per le esigenze ordinarie della persona e per l’ordinaria amministrazione dei suoi beni, di cui €……………da gestirsi in autonomia; ciò nella misura mensile di € ……………………..con accantonamento/ reinvestimento del residuo;
* Prestare consenso informato per cure e trattamenti sanitari che si rendessero necessari per la salute della persona, per il trattamento dei dati sensibili;
* Presentare istanze per richieste presso gli uffici postali e/o bancari e della pubblica amministrazione per la richiesta di assistenza, anche sanitaria, e di sussidi;
* Presentare denunce dei redditi e sottoscrizione di atti di natura fiscale;
* Provvedere alle riparazioni, manutenzioni e messa in sicurezza di dispositivi dell’abitazione dove risiede il beneficiario;
* Avere informazioni da parte del personale sanitario che ha in cura il beneficiario sulle condizioni di salute e sulle terapie effettuate;
* Provvedere alle spese sanitarie e di cura non riferibili alla patologia (es. cure dentarie);
* ………………………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………………………………

Si chiede altresì che l’amministratore di sostegno individuato possa essere ammesso all’autocertificazione delle spese sostenute a favore del beneficiario.

Si precisano come segue **generalità e residenza (o domicilio)** diconiuge, parenti entro il quarto grado, affini entro il secondo grado e conviventi della persona per la quale viene richiesto il sostegno *(****barrare*** *coloro che non esistono e* ***omettere*** *coloro che non hanno rapporti di famigliarità con la persona beneficiaria per disinteresse o per impedimenti dovuti a età o malattie):*

* Coniuge ……………………………………………………………………………….……………………;
* Genitori …………………………………………….……………………………………………………….;
* Fratelli e sorelle……………………………………………………..……………………………….….….;
* Figli……………………………………………………………………………………….…………….……;
* Nonni …………………………………………………….…………………………………………….……;
* Nipoti ………………………………………………………………………………………………….….…;
* Convivente ……………………………………….………………..………………………………….……;
* Cognati ……………………….……………………….…………………………………..………………..;
* Generi/nuore ……………………………………………………………………………………………….;
* Suoceri………….……………………………………………………………………………………………

Il/La sottoscritto/a s’impegna ad informare detti parenti dell'udienza fissata dal giudice Tutelare e fornirà prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa.

Si allegano:

* Stato di famiglia della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell’Amministratore di Sostegno
* Ricevuta di pagamento telematico tramite PagoPa da €27.00

[Portale Servizi Telematici. Richiesta di pagamento (giustizia.it)](https://servizipst.giustizia.it/PST/it/pagopa_nuovarich.wp)

* Certificato medico o copia di documentazione clinica/ medico legale della persona beneficiaria
* Copia verbale di invalidità
* Copia libretto/i di pensione, busta paga e altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria
* Estratti conto bancari della persona beneficiaria
* Copia dei rogiti notarili o dei contratti di locazione riguardanti le consistenze immobiliari della persona beneficiaria
* Copia ultima dichiarazione dei redditi della persona beneficiaria
* Fotocopia di un documento di identità del ricorrente e della persona beneficiaria e della persona individuata come Ads, se diversa dal ricorrente
* Dichiarazione medica dell’eventuale impossibilità della persona beneficiaria a presenziare all’udienza neppure in ambulanza

Luogo……….…

Data ………….

 FIRMA

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