**V10**

 **AL TRIBUNALE ORDINARIO DI VERONA**

**Amministrazione di sostegno – Sostituzione dell'amministratore di sostegno**

Procedura n. /

Il sottoscritto:

 **DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE**

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL*

nella sua qualità di:

 Persona beneficiaria

 Amministratore di sostegno del beneficiario

 Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria

 Parente entro il quarto grado, ovvero: (es. madre)

 Affine entro il secondo grado, ovvero: (es. marito della sorella)  Pubblico Ministero

 Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna la sostituzione dell'amministratore di sostegno.

# Chiede

la sostituzione dell'amministratore di sostegno:

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL*

Nominato in favore di:

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*DIMORA ABITUALE CODICE FISCALE*

*NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL*

E propone, in sostituzione, la persona sotto indicata:

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL*

Per le seguenti ragioni (ai sensi dell'art. 413 comma 1 c.c., l'istanza deve essere “*motivata*”, altrimenti è suscettibile di rigetto):

Con efficacia immediata ex art. 741 c.p.c.

# Allega

* Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale del ricorrente

Verona, lì / /

Firma