**V01**

 **AL TRIBUNALE ORDINARIO DI VERONA**

**Amministrazione di sostegno - Ricorso per l'istituzione dell'amministrazione 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*

# Chiede

l'applicazione della misura di protezione dell'**Amministratore di sostegno** ai sensi della legge n. 6/2004, per il/la Sig./ra (Beneficiario)

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

*COGNOME E NOME*

*DATA E LUOGO DI NASCITA\**

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL ATTUALMENTE DOMICILIATO*

*No*

*TRASPORTABILITA' Sì (*In caso affermativo, obbligatorio allegare certificato medico*)*

*NOTE PARTICOLARI*

|  |
| --- |
|  |
|  |

\* se nati dopo il 1998 indicare comune di registrazione all'anagrafe

# Si indicano inoltre:

Il medico di base del beneficiario Dott.

Con ambulatorio in , tel.

E (se presenti):

# ASSISTENTE SOCIALE CHE HA IN CARICO LA PERSONA

Distretto/CST Comunale di

telefono , Email

**C.S.M. (Centro di Salute Mentale)** di telefono , Riferimenti

# SERVIZIO PSICHIATRICO di

telefono , Riferimenti

# Indica come amministratore di sostegno

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL RELAZIONE CON BENEFICIARIO*

# Indica, oltre alla persona STABILMENTE CONVIVENTE, i seguenti parenti stretti (genitori, figli, fratelli, cugini)

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL RELAZIONE CON BENEFICIARIO*

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

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

*EMAIL RELAZIONE CON BENEFICIARIO*

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

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

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL RELAZIONE CON BENEFICIARIO*

Altri...

Il sottoscritto si impegna ad informare detti parenti dell'udienza fissata dal Giudice Tutelare, inviando il provvedimento del Giudice tramite Raccomandata A/R, e fornirà prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa esibendo gli avvisi di ricevimento delle raccomandate inviate.

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente, con riferimento all'esperienza di vita quotidiana ed alle relazioni sociali, sanitarie, psicologiche ed evolutive, indica:

1. Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere in modo autonomo:
2. Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere solo con l'assistenza di un amministratore di sostegno:
3. Le principali spese e i principali bisogni della persona da sottoporre ad amministrazione di sostegno:
4. Che il patrimonio del beneficiario è costituito da:
* Pensione/i
* Conto Corrente
* Libretto postale e/o bancario
* Polizze assicurative
* Investimenti

# Allega

* **Pagamento telematico** di 27,00 euro **(vedi istruzioni pubblicate sulla Home Page del sito Tribunale di Verona –in alto a destra)**
* Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale/tessera sanitaria del ricorrente e del beneficiario
* Certificato di nascita, stato di famiglia e di residenza del beneficiario
* Documentazione sulle condizioni di salute del beneficiario

Verona, lì / /

Firma