

**AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI SANTA MARIA CAPUA VETERE**  
**RICORSO PER LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Il/La sottoscritto/a:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ pec/e-mail \_\_\_\_\_

nella sua qualità di

☐ beneficiario                      ☐ padre o madre                      ☐ coniuge non separato legalmente

☐ convivente stabile                      ☐ figlio/a                      ☐ fratello/sorella

☐ altro parente entro il quarto grado \_\_\_\_\_

☐ affine (parente del coniuge) entro il secondo grado \_\_\_\_\_

**SEGNALA CHE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

C.F. \_\_\_\_\_

è privo in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana come risulta dalle certificazioni mediche allegate ed ha necessità di interventi di sostegno per la cura della persona e per l'amministrazione del patrimonio e per tale ragione

**CHIEDE LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

☐ a tempo determinato

☐ a tempo indeterminato

A tal fine, fa presente quanto segue:

**Situazione domiciliare e personale della persona:**

Dimorante in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

☐ vive in famiglia con \_\_\_\_\_

☐ vive da solo ☐ vive in abitazione con badante

☐ vive presso casa di cura, comunità o struttura \_\_\_\_\_

☐ altro \_\_\_\_\_

**La persona è:**

☐ celibe / nubile

☐ coniugato con ☐ separato da ☐ divorziato da ☐ convivente con

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_)

residente in \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ pec/e-mail \_\_\_\_\_

**Situazione patrimoniale della persona (nei limiti in cui è nota)**

Entrate: (stipendi pensioni/indennità) \_\_\_\_\_

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

Conti correnti/depositi/libretti/investimenti con saldo \_\_\_\_\_

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

Beni immobili \_\_\_\_\_

---

---

Mezzi (auto/moto) \_\_\_\_\_

---

---

### **Condizioni fisiche della persona**

*(se noto, specificare anche se la persona per la quale si chiede l'Amministrazione è seguita dai Servizi Sociali o dai Servizi Psichiatrici, indicando le figure di riferimento - Assistente Sociale – Medico di riferimento)*

☐ affetto da disabilità mentale

☐ affetto da disabilità fisica

☐ affetto da demenza senile

☐ in stato di dipendenza da alcool o stupefacenti

☐ in stato di dipendenza da giochi e scommesse

☐ altro \_\_\_\_\_

---

---

### **Autonomia della persona**

☐ autosufficiente

☐ non autosufficiente

☐ esce di casa da solo

☐ non esce di casa da solo

☐ sedia a rotelle o cammina con difficoltà

☐ allettato

☐ capace di interloquire

---

---

**PRODUCE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI MEDICHE:**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

**Precisa che la persona per la quale si richiede l'Amministrazione ha i seguenti familiari da me conosciuti:**

☐ **CONIUGE o CONVIVENTE**

---

---

☐ **GENITORI**

---

---

☐ **FIGLI / NIPOTI**

---

---

---

---

☐ **FRATELLI E SORELLE**

---

---

---

---

**ALTRI PARENTI e/o AFFINI** *(parenti del coniuge del beneficiario)*

---

---

**NOTE relative al consenso dei parenti** *(specificare se sono allegate le dichiarazioni di consenso)*

---

Fa presente che:

la persona è informata della presente segnalazione:

☐ Sì ☐ No *(nell'ipotesi di risposta negativa si specifichi la motivazione)*

---

☐ è d'accordo ☐ non è d'accordo con la nomina

☐ **PROPONE COME AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

☐ il sottoscritto ricorrente \_\_\_\_\_

☐ altra persona/ rapporto di parentela \_\_\_\_\_ ☐ professionista

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ pec/e-mail \_\_\_\_\_

☐ **NON PROPONE UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO CHIEDENDO CHE VENGA  
INDIVIDUATO DAL GIUDICE**

Fa presente di depositare contestualmente

☐ domanda di autorizzazione al compimento di un singolo atto ai sensi dell'art 405 4° .....comma c.c.

**Allega :**

- ☐ copia documento di identità del ricorrente, del beneficiario e dell'amministratore proposto  
(se diverso dal ricorrente);
- ☐ certificazioni mediche;
- ☐ certificazione medica che attesti l'intrasportabilità;
- ☐ Autocertificazione dello Stato di famiglia e della residenza;
- ☐ Documenti attestanti lo stato patrimoniale sopra richiamati (visure, saldo bancario ecc.)
- ☐ consenso dei parenti;
- ☐ casellario giudiziale del amministratore proposto
- ☐ euro 27 diritti forf. (pagamento telematico PAGO PA)
- ☐ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)