



**RICORSO PER LA NOMINA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI  
PERSONA PRIVA DI AUTONOMIA TOTALE O PARZIALE  
ART. 407 COD.CIV.**

**TRIBUNALE DI Matera  
SEZIONE CIVILE – UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

Il sottoscritto (*Nome e Cognome*): .....  
C.F.: .....  
nato a..... il.....  
residente a .....  
in via .....  
tel. .... fax ..... mail .....  
professione svolta: .....

nella sua qualità di :

- 1) Persona beneficiaria
- 2) Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria
- 3) Parente entro il quarto grado, ovvero: .....(es. madre)
- 4) Affine entro il secondo grado, ovvero: .....(es. marito della sorella)
- 5) Tutore / Curatore
- 6) Pubblico Ministero
- 7) Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna l'apertura della Amministrazione di sostegno.

**CHIEDE**

ai sensi degli artt. 404 e segg. cod. civ. (legge 9 gennaio 2004, n. 6)

**L'APERTURA DI UNA AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI:**

NOME .....  
COGNOME .....  
C.F. ....  
NATO A..... IL .....  
RESIDENTE A .....  
IN VIA .....  
DIMORA ABITUALE: .....  
luogo in cui il beneficiario ha la sede stabile dei suoi affetti ed interessi: da indicare qualora sia diversa dalla residenza o dal domicilio (es.: presso la Casa di Cura sita in..../ presso un parente.....).

**RAGIONI PER CUI SI RICHIEDE LA NOMINA  
DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Il beneficiario presenta una situazione clinica/sanitaria come documentata nei **certificati allegati** ed, in particolare, risulta affetto dalle seguenti patologie che provocano infermità o menomazioni fisiche o psichiche:

.....  
.....  
.....  
.....

Le patologie sopra indicate limitano e riducono la capacità del soggetto a provvedere ai propri interessi in maniera autonoma e adeguata e vi è **inoltre la concreta e attuale necessità di compiere i seguenti atti di carattere negoziale o comunque di rilevanza giuridica:**

.....  
.....  
.....  
.....

Segue elenco delle complete generalità di coniuge (o convivente), familiari, parenti entro il 4° grado ed affini entro il 2° grado del beneficiario:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Specificare fatti o eventi che evidenziano l'**opportunità** della misura di PROTEZIONE GIURIDICA (prodigalità, mancanza di una valida rete familiare di supporto, conflittualità in famiglia che renda difficoltoso il sostegno del beneficiario, circonvenzione, raggiri, altro):

.....  
.....  
.....  
.....

**SITUAZIONE PATRIMONIALE:**

- Il beneficiario è titolare di quale stipendio o pensioni? .....
- Il beneficiario è titolare di conti o depositi in banca od alle Poste?.....
- Il beneficiario è proprietario di quali immobili?.....
- Il beneficiario sostiene una spesa mensile (utenze, canoni, rette, badanti...) di circa euro.....

## INDICAZIONE DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Specificare i dati anagrafici (allegando il documento di identità) della persona ritenuta idonea a svolgere l'incarico tutorio di Amministratore di sostegno ai sensi dell'art. 408 cod. civ.:

NOME .....
COGNOME .....
C.F. ....
NATO A..... IL .....
RESIDENTE A .....
IN VIA .....
TEL.....
FAX .....
MAIL .....

### RAPPORTI CON IL BENEFICIARIO:

1. coniuge (specificare se vi sia separazione legale);
2. persona stabilmente convivente;
3. madre o padre;
4. figlio o figlia;
5. fratello o sorella;
6. parente entro il quarto grado;
7. soggetto designato dal genitore con testamento, con atto pubblico o con scrittura privata autenticata;
8. soggetto in precedenza designato dallo stesso beneficiario con atto depositato presso il Notaio dottor.....;
9. terzo estraneo al nucleo familiare (specificare i motivi della scelta).

### INFORMAZIONI UTILI AI FINI DELLA RICHIESTA DI TUTELA LEGALE:

Il beneficiario è in grado di comprendere? .....

Il beneficiario è in grado di comunicare verbalmente? .....

Il beneficiario è trasportabile in Tribunale? (la non trasportabilità deve essere **assoluta** \*) .....

### ALLEGATI:

1. Estratto integrale dell'atto di nascita;
2. Certificato storico di residenza e stato di famiglia;
3. Documento di identità di: ricorrente, beneficiario ed Amministratore di sostegno indicato;
4. Documentazione medica;
5. Eventuale certificato di **non trasportabilità assoluta** dell'invalide (\*);
6. Dichiarazioni di **assenso** sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità;
7. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale: estratti conto, titoli, visure, stipendi...;
8. Carichi pendenti e certificato penale della persona indicata come A.d.S.;
9. Altri documenti utili.

**Luogo e data**

**FIRMA (leggibile)**

(\*) La **intrasportabilità** per essere **assoluta** presuppone che il malato sia collegato ad apparecchiature medicali indispensabili per la terapia in atto e che egli **non** possa essere condotto nemmeno in autoambulanza: il sanitario che certifica la inamovibilità deve perciò escludere che il trasferimento possa avvenire anche a mezzo di autoambulanza. I pazienti gravi potranno essere esaminati all'interno del veicolo, nel parcheggio del Tribunale.