

**Oggetto: AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO - DOMANDA DI NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**IN QUALITA' DI**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coniuge non separato in comunione dei beni   | <input type="checkbox"/> Coniuge non separato in separazione dei beni              |
| <input type="checkbox"/> Padre o Madre <input type="checkbox"/> Figlio/Figlia <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella | <input type="checkbox"/> Altro parente <input type="checkbox"/> Convivente stabile |
| <input type="checkbox"/> Legale Rappr. di _____   | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                                 |

**CHIEDO LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

in favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 CF \_\_\_\_\_ che oggi vive in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vive presso casa di cura, comunità o altra struttura   | <input type="checkbox"/> In abitazione da solo     | <input type="checkbox"/> In abitazione con badante |
| <input type="checkbox"/> Vive in famiglia con altre n. _____ persone conviventi | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |  |

**Le sue condizioni fisiche sono le seguenti:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Autosufficiente, esce di casa da solo       | <input type="checkbox"/> Sempre a letto            | <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle |
| <input type="checkbox"/> Autosufficiente ma non esce di casa da solo | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |  |

**PER LE SEGUENTI NECESSITA'**

- Mi è stato chiesto dalla casa di riposo ove si trova la persona
- Partecipare ad atto notarile (indicare quale): \_\_\_\_\_
- Prestare consenso informato al seguente intervento o terapia, da praticare entro mesi \_\_\_\_\_:
- (indicare quale) \_\_\_\_\_
- Allega copia del documento contenente il testo del consenso da sottoscrivere
- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**INDICO COME POSSIBILE AMMINISTRATORE IL SEGUENTE NOMINATIVO, GIÀ DICHIARATOSI DISPONIBILE:**

- Me stesso (il sottoscritto ricorrente)
- Altra persona, cioè \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
 telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**NOTA BENE** Il procedimento prevede che il Giudice riceva in udienza l'interessato. Se questo non fosse possibile il richiedente deve dichiarare che:

- L'interessato **NON** è trasportabile in Tribunale **neppure in ambulanza** (in tal caso all'udienza sarà necessario presentare un certificato medico da cui risulti che la persona è intrasportabile anche se con l'ambulanza).

**Allegare la seguente documentazione obbligatoria (barrare gli allegati prodotti):**

- Marca da bollo da € 27,00
- Si richiede l'efficacia immediata ex art. 741 cod. proc. civ. e si chiede altresì sin d'ora ed in ogni caso copia del provvedimento del giudice, anche se di rigetto dell'istanza; si allega a tal fine marca da bollo da € 11,06.

Foggia, (data) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**PRIMA DI CONSEGNARE IL MODULO CONTROLLARE DI AVERLO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E DI AVER ALLEGATO TUTTI I DOCUMENTI**

