

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

