****

**Tribunale Ordinario di Trento**

**Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno**

*affari civili non contenziosi da trattarsi in camera di consiglio*

**Modulo**

Il/La/I sottoscritto/a/i

|  |  |
| --- | --- |
| **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* |  |

**In qualità di:**

* *coniuge non separato legalmente*
* *convivente stabile*
* *padre o madre*
* *figlio/a*
* *fratello/sorella*
* *altro parente (entro il quarto grado: nonno, bisnonno, nipote, pronipote, zio, cugino)*
* *suocero o cognato*
* *altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |
| --- | --- |
| **DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO** | |
| *COGNOME E NOME* |  |
| *DATA E LUOGO DI NASCITA* |  |
| *RESIDENZA*  *(Via/Piazza,n° civico, Città, Cap)* |  |
| *DOMICILIO*  *(Solo se diverso dalla residenza)* |  |

**PREMESSO CHE**

* il/la signor/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_come risulta dalla certificazione medica che si allega, è affetto/a da (*specificare patologia*):

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

* tale patologia lo pone nell’impossibilità:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * **Totale** | * **Parziale** |  |  |
| **e** | |  |  |
| * **Temporanea** | * **Permanente** |  |  |

* in particolare, la capacità del/la beneficiario/a risulta limitata in relazione ai seguenti atti:

|  |
| --- |
|  |

* si rende necessario conseguentemente provvedere alla nomina di un Amministratore di Sostegno che possa

|  |  |
| --- | --- |
| * **Assisterlo/a** (in caso di impossibilità parziale) | * **Rappresentarlo/a** (in caso di impossibilità totale) |

* Il/la beneficiario/a si trova (*breve descrizione delle condizioni di vita del/la beneficiario/a e dei suoi principali bisogni, nonché delle principali azioni per le quali necessita il sostegno; indicazione delle persone che si occupano abitualmente di lui/lei*):

|  |
| --- |
|  |

**CHIEDE/CHIEDONO**

Che la S.V. voglia nominare un A.D.S. per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si chiede che la nomina avvenga a tempo:

|  |  |
| --- | --- |
| * **Indeterminato** | * **Determinato** |

Si chiede che l’A.D.S. venga incaricato di assistere e/o rappresentare il beneficiario nel compimento, a titolo indicativo, dei seguenti atti da compiersi senza necessità di separata autorizzazione:

1. riscossione della pensione e/o indennità e/o retribuzione mediante accredito su conto corrente intestato all’amministrato/a e autorizzazione alla gestione del conto corrente mediante inbank;
2. utilizzo di tali importi per le esigenze ordinarie dell’amministrato/a (oppure utilizzo di tali importi nella misura che si propone di euro\_\_\_\_\_\_\_\_ al mese per le esigenze ordinarie della persona assistita e l’ordinaria amministrazione dei suoi beni e deposito della differenza sul conto di cui al punto 1) e, comunque, consegna della somma fissa mensile che si propone di euro\_\_\_\_\_\_\_\_ al/la beneficiario/a o all’amministratore di sostegno per esigenze personalissime, senza obbligo di rendicontazione;
3. eventuali atti necessari e urgenti ( e.g. acquisto di ausili sanitari, acquisto di apparecchi informatici e/ o di comunicazione, acquisto farmaci non abituali regolarmente prescritti, spese inerenti soggiorni estivi/invernali o attività ricreativo/culturali/sportive propedeutiche al benessere del/la beneficiario/a) che richiedono il pagamento di un importo superiore di quello di cui ad 2) entro e non oltre il limite di € 2.000,00 compatibilmente alle disponibilità economiche del beneficiario e, in ogni caso, da rendicontare tempestivamente al Giudice Tutelare;
4. espletamento di ogni incombente di carattere burocratico-amministrativo inerente i rapporti con enti pubblici o istituzioni private, ivi compresa la presentazione di istanze per la richiesta di assistenza, anche sanitaria, e di sussidi;
5. ordinaria amministrazione degli immobili di proprietà e/o in locazione;
6. presentazione della dichiarazione dei redditi e sottoscrizione di atti di natura fiscale;
7. individuazione e scelta delle terapie ritenute più idonee per la tutela e la salute del/la beneficiario/a secondo le indicazioni dei sanitari che lo/la hanno in cura, ivi compreso il ricovero presso struttura idonea alla cura, prestazione del consenso informato ai trattamenti sanitari ritenuti utili e necessari alla cura del/la beneficiaria;
8. assistenza o rappresentanza del/la beneficiario/a nel compimento di tutti gli atti di straordinaria amministrazione previa autorizzazione del Giudice Tutelare;
9. altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**SI PRECISA CHE**

* il/la beneficiario/a è titolare dei seguenti trattamenti pensionistici e/o indennità e/o retribuzioni (indicare gli estremi dei rapporti):

|  |
| --- |
|  |

* il beneficiario è intestatario dei seguenti rapporti bancari:

|  |  |
| --- | --- |
| *BANCA/POSTA* |  |
| *NUMERO CONTO CORRENTE* |  |
| *IBAN (27 CIFRE)* | ***\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_*** |
| *INTESTATARIO/I* |  |
| *PRESENZA EVENTUALI DELEGHE* |  |
| *SALDO ALLA DATA ATTUALE*  *\_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_* |  |

* il beneficiario è:

|  |  |
| --- | --- |
| * **proprietario** | * **titolare di altro diritto reale** |

dei seguenti immobili (*indicare per ognuno di essi l’utilizzo attuale e la particella edificiale*):

|  |
| --- |
|  |

* il beneficiario è titolare:

|  |  |
| --- | --- |
| ***DEPOSITI*** *bancari/postali (oltre al c/c)* | □ **presenti □ assenti** |
| ***POLIZZE VITA*** | □ **presenti □ assenti** |
| ***ALTRI TITOLI BANCARI O ASSICURATIVI*** | □ **presenti □ assenti** |
| ***PARTECIPAZIONI IN AZIENDA*** | □ **presenti □ assenti** |
| ***ALTRI RAPPORTI ECONOMICI*** | □ **presenti □ assenti** |
| ***ULTERIORI PROPRIETA’*** | □ **presenti □ assenti** |

* il/la beneficiario/a è proprietario/a delle seguenti autovetture e/o motocicli (indicare modello e targa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si indicano i riferimenti dei professionisti che seguono il/la beneficiario/a

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDICO DI BASE**  (TELEFONO,FAX,INDIRIZZO) |  |
| **SERVIZI SOCIALI**  (TELEFONO,FAX,INDIRIZZO) |  |
| **STRUTTURA SANITARIA/MEDICO SPECIALISTA**  (TELEFONO,FAX,INDIRIZZO) |  |

|  |
| --- |
| **PROSSIMI CONGIUNTI DEL BENEFICIARIO (escluso il richiedente)** |

Specificare generalità e domicilio del coniuge, della persona stabile convivente e dei parenti prossimi. In assenza di questi indicare i dati dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli, parenti entro il IV grado:

|  | **GRADO DI PARENTELA** | **NOME E COGNOME E**  **DATA DI NASCITA** | **INDIRIZZO**  *(Via/Piazza, n° civico, Città, CAP)* | **TELEFONO/FAX/ EMAIL** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***1*** |  |  |  |  |
| ***2*** |  |  |  |  |
| ***3*** |  |  |  |  |
| ***4*** |  |  |  |  |
| ***5*** |  |  |  |  |
| ***6*** |  |  |  |  |
| ***7*** |  |  |  |  |

Si precisa infine che ha dato la propria disponibilità a ricoprire l’incarico di A.D.S. il/la sig./ra:

|  |  |
| --- | --- |
| *COGNOME E NOME* |  |
| *DATA E LUOGO DI NASCITA* |  |
| *RESIDENZA*  *(Via/Piazza, n°civico Città, Cap)* |  |
| *NUMERO TELEFONO/FAX* |  |
| *EMAIL* |  |
| *EVENTUALI MOTIVAZIONE DELLE RAGIONI PER LE QUALI SI E’ INDIVIDUATO IL NOMINATIVO* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |

**DOCUMENTI DA ALLEGARE E DIRITTI DOVUTI**

1. *Certificato di nascita del beneficiario;*
2. *Certificato di residenza attuale del beneficiario;*
3. *Stato di famiglia storico della persona potenzialmente beneficiaria dal quale si desume la composizione della famiglia di origine;*
4. *Attestazione medico sanitaria sulle condizioni di salute del beneficiario;*
5. *Dichiarazione dei redditi del beneficiario;*
6. *Estratto conto rilasciato dall’Istituto di credito o assicurativo se la persona è intestataria di depositi bancari, polizze di vita, altri titoli bancari o assicurativi;*
7. *Estratto tavolare degli immobili posseduti;*
8. *Fotocopia della carta di identità di chi sottoscrive il ricorso;*
9. *Ricevuta di versamento "pagoPA" di euro 27,00 quali diritti di cancelleria.*

****

**Tribunale Ordinario di Trento**

**Ricorso per la nomina di amministratore di sostegno**

*affari civili non contenziosi da trattarsi in camera di consiglio*

**Nota di iscrizione a ruolo o nota di accompagnamento**

**\*\*\***

Si chiede l’iscrizione a RUOLO GENERALE DEGLI AFFARI CIVILI – NON CONTENZIOSI della seguente causa introdotta con: RICORSO

**RICORRENTE:**

|  |
| --- |
| COGNOME E NOME  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA E LUOGO DI NASCITA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RESIDENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CODICE FISCALE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RECAPITO TELEFONICO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PROCURATORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATURA GIURIDICA|P|F|I| |

**❑RESIDENTE / ❑DEFUNTO / ❑INTERDETTO / ❑INABILITATO / MINORE /**

**X AMMINISTRATO/BENEFICIARIO**

|  |
| --- |
| COGNOME E NOME  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA E LUOGO DI NASCITA  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RESIDENZA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CODICE FISCALE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RECAPITO TELEFONICO  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PROCURATORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NATURA GIURIDICA|P|F|I| |

OGGETTO: Ricorso per nomina amministratore di sostegno

CODICE DOMANDA 4|13|061|

[X] ESENTE DA CONTRIBUTO UNIFICATO

[X] ALLEGO RICEVUTA DI VERSAMENTO "PAGOPA" DI EURO € 27,00 PER DIRITTI DI CANCELLERIA

DATA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_