

**AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE ORDINARIO DI BARI**  
**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 giuochi 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;
- euro 27 diritti forf. (pagamento telematico PAGO PA)
- .....

Bari , .....

.....

(firma del richiedente)