TRIBUNALE DI PESCARA

Ufficio Giudice Tutelare

***ISTANZA PER LA NOMINA DELL’AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI PERSONA PRIVA DI AUTONOMIA TOTALE O PARZIALE***

*(Art. 407 cod. civ.)*

Il/La sottoscritto/a (*Nome e Cognome)*:...........................................................................................................

C.F.:..................................................................................................................................................................

nato a................................... il.......................................residente a ...............................................................

in via/piazza.....................................................................................................................................................

tel...........................................................fax….........................mail………………………………………….

professione:......................................................................................................................................................

IN QUALITÀ DI:

* Persona beneficiaria
* Coniuge non separato in comunione dei beni
* Coniuge non separato in separazione dei beni
* Convivente stabile
* Parente entro il quarto grado: a) Padre o Madre b) Figlio/Figlia c) Fratello/Sorella
* Affine entro il secondo grado, ovvero ………………………………………….(es. marito della sorella)
* Tutore / Curatore
* Pubblico Ministero
* Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza della persona segnalata, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna l'apertura della Amministrazione di sostegno. *(indicare patologie e/o situazioni di dipendenza da sostanze alcoliche – stupefacenti, ovvero ludopatie; descrivere altresì episodi che mettano in evidenza la necessità/utilità della nomina di ads; indicare se rispetto alla persona beneficiaria vi sua già stato l’intervento dei Servizi Sociali*):……………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………

**CHIEDE**

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

# LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

# in favore di:

nome......................................................................... cognome................................................................

c.f..................................................................................nato a……………… ….. il ...............................

residente a……………………………… in via......................................................................................

**con dimora abituale**:.............................................................................................................................

* Presso casa di cura, comunità o altra struttura *(indicare)………………………………………………*
* In abitazione con assistenza domiciliare.
* In famiglia con altre n..........persone conviventi.
* Altro *(specificare)* ………………………………………….

***Si attesta che le condizioni fisiche della persona segnalata sono le seguenti:***

* Autosufficiente, esce di casa da solo
* Autosufficiente, ma non esce di casa da solo
* Sempre a letto
* Sedia a rotelle
* Altro (*specificare)* ………………………………………….

**Ragioni per cui si chiede la nomina dell’amministratore di sostegno**

*(richiesta motivata ai sensi dell’art 404 cod.civ.)*

**La persona segnalata si trova nella impossibilità:**

🞏Totale 🞏Parziale e 🞏Permanente 🞏Temporanea

**di provvedere ai propri interessi a causa di una:**

🞏 Menomazione fisica 🞏menomazione psichica 🞏 infermità fisica 🞏Infermità psichica 🞏Dipendenza *(es. gioco, droghe, alcol, ecc.)*

Infatti, come risulta dalla certificati medici **che si allega**, la persona segnalata è affetta dalle seguenti patologie/infermità:

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

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

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

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

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

Si specificano **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 della persona segnalata, circonvenzione, raggiri, altro):*

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

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

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

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

Il sottoscritto evidenzia **RAGIONI DI URGENZA** per i seguenti motivi:

*(Indicare eventuali ragioni di urgenza: specificare, ad esempio, quali atti pregiudizievoli stiano per essere compiuti dalla persona, o quali atti* ***necessari ed indifferibili****, che la persona non può compiere, debbano essere posti in essere a suo favore)*

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

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

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

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

**In base a quando specificato**

La persona segnalata si trova conseguentemente **nell’impossibilità di provvedere in modo autonomo e adeguato ai propri interessi**, in quanto non in grado di compiere le più comuni ed elementari attività concernenti la vita quotidiana, prendersi cura della persona e della propria salute e ad attendere all’amministrazione e gestione dei propri beni.

**Quindi**

La situazione rende **necessaria la nomina di un amministratore di sostegno** per il **compimento degli atti di ordinaria e di straordinaria amministrazione** quali:

* Provvedere in nome e per conto del beneficiario/a dell’A.d.S agli **incombenti assistenziali, amministrativi e fiscali ad esso/a riferibili** assistendolo/a nel compimento di **tutti gli atti di ordinaria amministrazione**, delle pensioni percepite, della gestione ordinaria del Patrimonio, delle Rendite e delle Proprietà Immobiliari, come:
* compiere tutte le operazioni di deposito e prelievo presso Istituti di Credito e/o Uffici Postali, su conti correnti e/o depositi intestati al/alla beneficiario/a dell’A.d.S, disponendo per l’accredito mensile ed autorizzando pagamenti in via continuativa per le esigenze di cura e di assistenza.
* autorizzare l’apertura di un Conto Corrente bancario o postale intestato unicamente al beneficiario/a dell’A.d.S, con rilascio di carta bancomat per le spese correnti e possibilità di operare via Home Banking per pagamenti, bonifici e controllo movimenti.
* promuovere ogni attività ed intervenire successivamente negli atti per il riconoscimento di indennità, assegni di sostentamento o emolumenti a qualsiasi titolo dovuti o riconosciuti e conseguentemente riscuotere ogni corrispettivo, indennità, frutto od interesse di spettanza del beneficiario/a, con versamento successivo nel libretto o nel conto corrente bancario/postale intestato al beneficiario/a
* intrattenere, ove necessario, rapporti con le autorità tributarie, Enti Previdenziali ed Assistenziali o altri Enti pubblici e privati al fine di tutelare e salvaguardare gli interessi civili, amministrativi e fiscali del beneficiario/a, ivi compreso la presentazione dell'eventuale dichiarazione dei redditi e il ritiro della corrispondenza a lui diretta.
* **Poter prestare a nome del beneficiario/a il consenso informato** per esami medici, diagnostici, trattamenti sanitari o interventi chirurgici qualora, in quel momento, lo stesso sia nell’impossibilità di farlo autonomamente.
* Poter **definire la residenzialità più idonea** per la tutela delle esigenze del beneficiario/a con **gestione dei rapporti contrattuali relativi all’assunzione di un’assistente domiciliare** *(badante)*
* Altro *(specificare)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Elenco persone che hanno rapporti significativi con la persona segnalata**

*Ai sensi di art. 407 c.c.* si allegano, **se conosciute**, le complete generalità del coniuge, dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli e dei conviventi della persona segnalata:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| nominativo | Data di nascita | Residenza | Numero di telefono | Relazione con il beneficiario |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Tanto premesso si indica**

**IL NOMINATIVO 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 la persona segnalata:**

* Coniuge (specificare se vi sia separazione legale □ sì □ no;)
* Persona stabilmente convivente;
* Madre o padre;
* Figlio o figlia;
* Fratello o sorella;
* Parente entro il quarto grado;
* Soggetto designato dal genitore con testamento, con atto pubblico o con scrittura privata autenticata;
* Soggetto in precedenza designato dallo stesso beneficiario con atto depositato presso il Notaio………………………………………………………..………;
* Terzo estraneo al nucleo *familiare (specificare i motivi della scelta)*………………………….…

……………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Convive con il beneficiario?** 🞏 si🞏 no

# Altre INFORMAZIONI UTILI AI FINI DEL LA RICHIESTA DI AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO:

# Si dichiara che la persona segnalata è in grado di comprendere:

# Si

# No

**Si dichiara che la persona segnalata è in grado di comunicare:**

# Si

# No (*indicare problematica*)…………………………………………………………………..…..

**Si dichiara che la persona segnalata è informata della presente segnalazione:**

* Si
* No *(in caso negativo indicare i motivi)* ………………………………………………………….

**La persona segnalata aderisce della presente segnalazione**

* Si
* No *(in caso negativo indicare i motivi*)…………………………………………………………….

**Si dichiara che la persona segnalata:**

* può presentarsi in Tribunale, davanti al Giudice Tutelare;
* è opportuno che venga sentito presso una struttura pubblica collocata nei pressi del luogo ove dimora;
* è opportuno che venga sentito presso la sua attuale dimora, perché dichiarato inamovibile con dettagliata e specifica certificazione medica attestante lo **stato di intrasportabilità** *(che si allega);*
* dichiara, sin d’ora, la disponibilità all’audizione a mezzo di videochiamata e a tal fine comunica il proprio nome utente………………………………………………………………………………

**situazione socio-economica della persona segnalata**

**Invalidità civile:** 🞏 Sì …… % 🞏 No 🞏 Richiesta in corso 🞏Non so

**indennità di accompagnamento** 🞏 Sì 🞏 No 🞏Non so

**Accertamento handicap** (*Legge n. 104/92)*

🞏 Sì (gravità)……….. 🞏 No 🞏 Richiesta in corso 🞏Non so

**Situazione lavorativa della persona segnalata**

* Occupato presso ditta privata *(Indicare quale)…………………………………………………………….*
* Occupato presso ente pubblico (*Indicare quale)…………………………………………………………..*
* Occupato presso Cooperativa Sociale (*Indicare quale)…………………………………………………..*
* Libera professione *(indicare quale)…………………………………………………………………………*
* Pensionato
* Disoccupato

**Situazione socio- assistenziale della persona segnalata**

**Il beneficiario è conosciuto dal Servizio Sociale**

🞏 SI dal ..... ./ ..... ./ ......Servizio Sociale di................................................................................... in Via ................................................................................ Tel. ......................Fax................................. Assistente Sociale .....................................................................................................................................

🞏 NO

**II beneficiario usufruisce delle seguenti prestazioni:**

* Ricovero in struttura residenziale (*indicare quale*) .....................................................................
* Ricovero in struttura semiresidenziale (*indicare quale*) .............................................................
* Assistenza domiciliare diretta
* Assistenza domiciliare indiretta
* Pasti a domicilio
* Servizio di trasporto ed accompagnamento
* Soggiorni estivi per anziani disabili
* Inserimento lavorativo o socio-terapeutico
* Altro (*indicare quale*)………………………………………………………………………….

**Situazione reddituale della persona segnalata**

*(indicare,* ***se disponibili e conosciuti****, gli importi annui risultanti dall'ultima dichiarazione presentata o relativa all'annualità precedente a quella di presentazione della domanda di istanza)*

Reddito imponibile dichiarato ai fini IRPEF[[1]](#footnote-1) ………………………………………………………………

Imposta netta dichiarala ai fini IRPEF [[2]](#footnote-2)……………………………………………………………………..

Altre entrate non imponibili ai fini IRPEF[[3]](#footnote-3)…………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Situazione patrimoniale mobiliare della persona segnalata**

*(indicare,* ***se disponibili e conosciuti****, i valori del patrimonio mobiliare posseduto alla data di presentazione della domanda del istanza per la nomina dell'Amministratore di Sostegno)*

* La persona segnalata è titolare di conti o depositi in banca od alle Poste? (*specificare conto e importo se possibile)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

* Altre possibilità economiche (polizze assicurative, fondi investimento, azioni, titoli, …)[[4]](#footnote-4)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

**Situazione patrimoniale Immobiliare della persona segnalata**

Se vi sono indicare di quali immobili la persona segnalata è **proprietario o comproprietario** *(nel caso indicare percentuale di quota)* e specificare ubicazione e il valore se conosciuto:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Se vi sono indicare di quali immobili la persona segnalata abbia **l’usufrutto** e specificare ubicazione:

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Se vi sono indicare di quali immobili la persona segnalata abbia **il diritto di abitazione** e specificare ubicazione

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Se vi sono indicare di quali immobili la persona segnalata abbia **il diritto di uso** e specificare ubicazione ……………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………

Se vi sono indicare di quali immobili la persona segnalata abbia **la nuda proprietà** e specificare ubicazione

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Se vi sono indicare di quali immobili la persona segnalata abbia **la conduzione** e specificare ubicazione ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Importo spese**

Il beneficiario sostiene una spesa mensile (utenze, canoni, rette, badanti…) di circa euro.......................

# Luogo e data……………………………………

# FIRMA ISTANTE *(per esteso e leggibile)*

# ………………………………………..

**Si allega:**

1. Marca da bollo da € 27,00;
2. Estratto integrale dell’atto di nascita della persona segnalata in carta libera *(non autocertificabile*);
3. Certificato storico di residenza e Stato di Famiglia in carta libera della persona segnalata;
4. Documento di identità di: istante, persona segnalata ed Amministratore di sostegno indicato;
5. Documentazione medica attestante la menomazione del beneficiario e la sua influenza sulla vita di relazione;
6. Eventuale certificato di **assoluta non trasportabilità** dell’invalido;
7. Dichiarazioni di **assenso** sottoscritte dai parenti prossimi, con copia dei documenti di identità;
8. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale:
9. Comunicazione di pensioni dell’Ente Previdenziale (es. libretto di pensione INPS, mod. OBIS o altro documento ufficiale dell’Ente), di stipendi e di altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria;
10. Estratto aggiornato del conto corrente bancario o postale intestato/cointestato alla persona segnalata;
11. Copia ultima dichiarazione dei redditi della persona segnalata;
12. Documentazione catastale relativa agli immobili di cui la persona segnalata è proprietaria o comproprietaria o sulla quale vanti altri diritti reali o copia dei rogiti notarili di acquisto;
13. Carichi pendenti e certificato penale della persona indicata come A.d.S.;
14. Altri documenti utili;

1. Il reddito imponibile risultante dall'ultima dichiarazione prodotta ai fini IRPEF (imposta sui redditi delle persone fisiche) (rigo "Reddito imponibile"), ovvero, in caso di esonero dall'obbligo di presentazione della dichiarazione, quello risultante dall'ultima certificazione consegnata dai soggetti erogatori. [↑](#footnote-ref-1)
2. L'imposta netta risultante dall'ultima dichiarazione prodotta ai fini IRPEF (imposta sui redditi delle persone fisiche) (rigo "Imposta netta"), ovvero, in caso di esonero dall'obbligo di presentazione della dichiarazione, quella risultante dall'ultima certificazione consegnata dai soggetti erogatori. [↑](#footnote-ref-2)
3. A titolo indicativo si riportano alcune forme di entrata non imponibile ai fini IRPEF: a) assegno o pensione sociale; b) provvidenze per invalidi civili (assegno di assistenza, indennità di frequenza per minori, pensione di inabilità, ìndennità di accompagnamento; c) provvidenze per sordomuti (pensione, indennità di comunicazione); d) provvidenze per ciechi civili (pensione per ciechi assoluti o parziali, indennità per ciechi ventesimisti, indennità di accompagnamento); e) pensioni di guerra; rendite lNAIL. [↑](#footnote-ref-3)
4. A titolo indicativo sono riportate alcune componenti del patrimonio mobiliare:

   a) depositi e conti correnti bancari e postali, per i quali va assunto il valore del saldo contabile attivo, al netto degli interessi;

   b) titoli di Stato, obbligazioni, certificati di deposito e credito, buoni fruttiferi ed assimilati, per i quali va assunto il valore nominale delle consistenze;

   c) azioni o quote di organismi di investimento collettivo di risparmio (O.I.C.R.) italiani o esteri, per le quali va assunto il valore risultante dall'ultimo prospetto redatto dalla società di gestione;

   d) partecipazioni azionarie in società italiane ed estere quotate in mercati regolamentati, per le quali va assunto il valore corrente;

   e) partecipazioni azionarie in società non quotate in mercati regolamentati e partecipazioni in società non azionarie, per le quali va assunto il valore della frazione del patrimonio netto, determinato sulla base delle risultanze dell'ultimo bilancio approvato, ovvero, in caso di esonero dall'obbligo di redazione del bilancio, determinato dalla somma delle rimanenze finali e dal costo complessivo dei beni ammortizzabili, al netto dei relativi ammortamenti, nonché degli altri cespiti o beni patrimoniali;

   f) masse patrimoniali, costituite da somme di denaro o beni non relativi all'impresa, affidate in gestione ad un soggetto abilitato ai sensi del decreto legislativo n. 415 del 1996, per le quali va assunto il valore delle consistenze risultanti dall'ultimo rendiconto predisposto;

   g) altri strumenti e rapporti finanziari per i quali va assunto il valore corrente;

   h) contratti dì assicurazione sulla vita e di capitalizzazione, per i quali va assunto l’importo dei premi complessivamente versati;

   i) imprese individuali, per le quali va assunto il valore del patrimonio netto per le quali va assunto il valore del patrimonio netto. [↑](#footnote-ref-4)