

# TRIBUNALE ORDINARIO DI Sassari

**Affari Civili non contenziosi da trattarsi in Camera di Consiglio**  
*Nota di iscrizione a ruolo o Nota di accompagnamento*

*r Per il ricorrente*

SI CHIEDE L'ISCRIZIONE AL **RUOLO GENERALE DEGLI AFFARI CIVILI NON CONTENZIOSI** E DA TRATTARSI IN CAMERA DI CONSIGLIO DELLA SEGUENTE CAUSA :

*INTRODOTTA CON:*

*r (1) Ricorso                      r (2) Riassunzione a seguito procedimento cautelare*

*r (6) Reclamo*

**PROMOSSO DA:**

.....

*CON L'AVV. ....*

**E**

.....

.....

*CON L'AVV. ....*

*r Valore della controversia (1) .....*

*Importo del contributo unificato (1) (2) ..... **Esente** .....*

**r Esenzione dal contributo unificato per Materia**

Data di comparizione \_\_\_\_\_ Data di notifica \_\_\_\_\_

**Codice e oggetto domanda** \_\_\_\_\_|.....|.....|.....| (1)

<b>r RICORRENTE</b>	NATURA GIURIDICA (2)  ..P..  F..   I..	ALTRE PARTI N. ==
<b>COGNOME NOME</b> _____		
<b>DATA E LUOGO DI NASCITA</b> _____		
<b>VIA (O SEDE)</b> _____ <b>IN</b> _____		
<b>CODICE FISCALE</b> _____		
COGNOME E NOME DEL PROCURATORE _____		TESSERA N. _____
_____		ORDINE
<b>DOMICILIO ELETTO</b> _____		
COGNOME E NOME DEL PROCURATORE _____		TESSERA N. _____
_____		ORDINE
<b>r PARTE CONTROINTERESSATA</b>	Natura Giuridica (2)  P.. F.. I..	altre parti n. =
<b>COGNOME NOME</b> _____		
<b>DATA E LUOGO DI NASCITA</b> _____		
<b>VIA ( O SEDE )</b> _____ <b>IN</b> _____		
<b>CODICE FISCALE</b> _____		
COGNOME E NOME DEL PROCURATORE _____		TESSERA N. _____
_____		ORDINE
<b>DOMICILIO ELETTO</b> _____		
COGNOME E NOME DEL PROCURATORE _____		TESSERA N. _____
_____		ORDINE

(1) Indicare oggetto e codice relativo tra quelli elencati in tabella.

(2) Indicare uno dei seguenti codici che identifica la "Natura Giuridica" della parte:

PFI = Persona Fisica	PUM = Pubblico Ministero	CON = Consorzio
----------------------	--------------------------	-----------------

SOC = Società di capitali	CND = Condominio	ENP = Ente pubbl o pubb. Amm.
SOP= Società di persone	EDG = Ente di Gestione	EIS = Ente religioso
COP = Cooperativa	ASS = Associazione	PAS = Partito o Sindacato
	COM = Comitato	OSE = Stato Est. O org. Intermin.

NOTE: .....

.....

DATA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

NUMERO R.G. \_\_\_\_\_ DATA ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

**CODICE OGGETTO DELLA DOMANDA** \_\_\_\_\_

SI ASSEGNA ALLA SEZIONE \_\_\_\_\_

DATA, \_\_\_\_\_

*IL PRESIDENTE DEL*

*TRIBUNALE*

\_\_\_\_\_

ì

IL PRESIDENTE DELLA \_ SEZIONE *DESIGNA IL GIUDICE:* \_\_\_\_\_

ALLA TRATTAZIONE DELLA CAUSA

DATA \_\_\_\_\_

*IL PRESIDENTE DI SEZIONE*

\_\_\_\_\_



AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI SASSARI

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI

- Coniuge non separato in comunione dei beni
- Coniuge non separato in separazione dei beni
- Padre o Madre     Figlio/Figlia     Fratello/Sorella
- Altro parente \_\_\_\_\_  Convivente stabile
- Legale Rappr. di \_\_\_\_\_
- Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
- Responsabile dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza delle persona beneficiaria

poiché a conoscenza dei seguenti fatti che rendono opportuna l'apertura del procedimento di 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 dell'amministratore di sostegno, ad esempio per il rischio di circonvenzione di incapace, riferendo episodi significativi; indicare se rispetto alla persona beneficiaria vi sia già stato l'intervento dei Servizi Sociali):

---

---

---

---

---

---

---

CHIEDO LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

in favore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CF \_\_\_\_\_ che oggi vive in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 presso casa di cura, comunità o altra struttura     In abitazione da solo     In abitazione con badante  
 in famiglia con altre n. \_\_\_\_\_ persone conviventi     Altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

Descrivo di seguito le condizioni di vita ed assistenza della persona per cui chiedo la nomina di amministratore di sostegno ed il suo grado di autonomia negli atti di vita quotidiana, nonché le vicende essenziali della sua storia personale (es. lavoro svolto nell'attualità o nel passato; titoli di studio; strutture frequentate; attività ordinarie svolte):

**PER LE SEGUENTI NECESSITA'**

- Mi è stato chiesto dalla casa di riposo ove si trova la persona, per le seguenti ragioni: \_\_\_\_\_
- Partecipare ad atto notarile (*indicare quale*): \_\_\_\_\_
- Prestare consenso informato al seguente intervento o terapia, da praticare entro mesi \_\_\_\_\_:  
(*indicare quale*) \_\_\_\_\_
- Altro (*specificare*): \_\_\_\_\_

Il beneficiario acconsente alla misura di protezione / rifiuta la misura di protezione (cancellare la voce che non interessa).

**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 \_\_\_\_\_  
che viene indicata in quanto \_\_\_\_\_

del quale deposito certificato generale del casellario e certificato dei carichi pendenti.

**INFORMAZIONI UTILI  
(nei limiti conosciuti dal ricorrente)**

**Trasportabilità:**

- Il beneficiario è trasportabile in Tribunale
- Il beneficiario non è trasportabile in Tribunale per le seguenti ragioni (allegare certificato medico attestante l'intrasportabilità): \_\_\_\_\_

**Eventuali conflitti di interessi:**

- Il ricorrente è erede del beneficiario
- Il ricorrente è donatario del beneficiario
- Il ricorrente e il beneficiario sono comproprietari di \_\_\_\_\_

Il ricorrente e il beneficiario sono parti contrapposte in procedimenti giudiziari

Tra il ricorrente e il beneficiario sussistono ragioni di credito/debito

**Chiedo vengano attribuiti all'amministratore di sostegno i seguenti compiti specifici**

---

---

---

---

---

**I parenti stretti del beneficiario sono (indicare i nomi di genitori, coniuge, figli, fratelli, sorelle)**

---

---

---

---

---

**Le persone più informate sulla situazione personale del beneficiario sono:**

---

---

---

---

---

---

Dichiaro che il presente procedimento è esente da contributo unificato ex art. 10 co. 3 DPR 115/2002

Autorizzo le comunicazioni all'indirizzo mail indicato

Chiedo sin d'ora copia del presente ricorso e dell'emanando decreto, impegnandomi a corrispondere i relativi diritti all'atto del ritiro.

**ALLEGO la seguente documentazione obbligatoria:**

Nota di iscrizione a ruolo e marca da bollo da € 27,00

Copia integrale dell'atto di nascita e certificato di residenza della persona beneficiaria

Copia del documento di identità del ricorrente

Documentazione medica aggiornata relativa alla persona beneficiaria ed eventuale certificato di non trasportabilità

Documentazione relativa alla situazione patrimoniale della persona beneficiaria

Descrizione della situazione patrimoniale con specificato:

✓ Gli immobili di cui il beneficiario è proprietario

✓ Le pensioni/retribuzioni di cui il beneficiario è titolare

✓ I conti correnti (saldi) e i titoli (situazione aggiornata) del beneficiario

✓ L'elenco delle spese e degli importi che determinano la spesa media/generale mensile del beneficiario

Certificato generale del casellario e certificato dei carichi pendenti del proposto amministratore di sostegno

**Note:**

1 Indicare Pec se in possesso di relativo indirizzo

SASSARI, (data) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_