

**TRIBUNALE DI SASSARI**

**SEZIONE CIVILE – UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

**ISTANZA PER LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

**(ART. 407 COD.CIV.)**

**ALLA CORTESE ATTENZIONE DEL GIUDICE TUTELARE**

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome)*: ............................................................................

Nato/a a ................................................. il …………………………………………….

C. F. ....................................................... residente a .....................................................

in via ..............................................................................................................................

tel. .......................................................... mail/Pec ……………….................................

nella qualità di (coniuge/ parente/responsabile dei servizi sociali)……………………………….

**CHIEDE**

La nomina di un AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO, ai sensi degli art. 404 e seguenti del codice civile a favore di:

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

nato/a a .................................................. il ....................................................................

C. F. ...................................................... residente a .....................................................

in via ...............................................................................................................................

Domicilio/dimora abituale (se diversa dalla residenza)……………………………………...

In quanto il soggetto in questione è impossibilitato, o comunque limitato, nel provvedere personalmente alla cura dei propri interessi in maniera autonoma e adeguata per i seguenti motivi:

(Indicare la situazione clinica/sanitaria come documentata nei certificati allegati ed, in particolare, le patologie che provocano infermità o menomazioni fisiche o psichiche)

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

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

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

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

Indicare nel seguente elenco i prossimi congiunti (coniuge, figli, fratelli, genitori) del soggetto per cui si chiede l’amministrazione di sostegno:

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

nato/a a .................................................. il ....................................................................

C. F. ...................................................... residente a .....................................................

in via ..................................................... rapporto di parentela ……………………….

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

nato/a a .................................................. il ....................................................................

C. F. ...................................................... residente a .....................................................

in via ..................................................... rapporto di parentela ……………………….

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

nato/a a .................................................. il ....................................................................

C. F. ...................................................... residente a .....................................................

in via ..................................................... rapporto di parentela ……………………….

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

nato/a a .................................................. il ....................................................................

C. F. ...................................................... residente a .....................................................

in via ..................................................... rapporto di parentela ……………………….

|  |
| --- |
| * (barrare in caso di necessità di visita domiciliare) Poiché il soggetto per cui si chiede la nomina è impossibilitato, per motivi di salute indicati nella documentazione allegata, a recarsi personalmente al Palazzo di Giustizia per essere esaminato dal Giudice Tutelare, chiede che la sua audizione venga effettuata presso il suo attuale domicilio.
 |

Allegare:

* copia dei documenti d’identità del richiedente e del soggetto per cui si chiede l’amministrazione di sostegno.
* documentazione medica relativa alle condizioni di salute della persona per cui viene chiesta l’amministrazione di sostegno;
* ricevuta di avvenuto pagamento dell’***Avviso di Pagamento PagoPA*** pari a **€ 27.00** - **diritti di cancelleria**

Il pagamento dovrà essere eseguito secondo le modalità indicate in questa stessa sezione.

 Luogo e data FIRMA

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