

N. _____ Amm.Sost.

Al Giudice Tutelare del Tribunale di Vicenza

DOMANDA DI NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il sottoscritto _____ CF _____

residente in _____ via _____

telefono _____ cell. _____ e-mail _____

in qualità di:

<input type="checkbox"/> Padre o Madre	<input type="checkbox"/> Fratello/Sorella
<input type="checkbox"/> Figlio/Figlia	<input type="checkbox"/> Nipote, Cugino
<input type="checkbox"/> Coniuge non separato	<input type="checkbox"/> Convivente stabile

<input type="checkbox"/> Comune	<input type="checkbox"/> Associazione, ente o struttura
<input type="checkbox"/> Professionista:	<input type="checkbox"/> avv. <input type="checkbox"/> dr. Comm. <input type="checkbox"/> rag.
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

CHIEDE LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO IN FAVORE DI

_____ nato/a _____ il _____

che oggi vive in (città): _____ in via _____

(se vive in casa di cura inserire l'indirizzo della struttura e non dell'abitazione)

Situazione domiciliare:	Condizioni fisiche: <input type="checkbox"/> Autosufficiente <input type="checkbox"/> Non autosufficiente
<input type="checkbox"/> Vive in famiglia con altre n. ___ persone conviventi	<input type="checkbox"/> esce di casa da solo
<input type="checkbox"/> Vive presso casa di cura, comunità o altra struttura	<input type="checkbox"/> non esce di casa da solo
<input type="checkbox"/> Vive in abitazione da solo	<input type="checkbox"/> sedia a rotelle o cammina con difficoltà
<input type="checkbox"/> Vive in abitazione con badante	<input type="checkbox"/> permanentemente a letto

PER LE SEGUENTI NECESSITA'

mi è stato chiesto dalla casa di riposo ove si trova la persona

partecipa ad atto notarile (indicare quale): _____

prestare consenso informato al seguente intervento o terapia (specificare): _____

_____ da praticare entro mesi _____

allega copia del documento contenente il testo del consenso informato da sottoscrivere

altro (specificare): _____

NOTA BENE: la persona deve comparire in udienza. Se ciò non fosse possibile il richiedente deve dichiarare che:

l'interessato NON è trasportabile in Tribunale neppure in ambulanza (in tal caso si dovrà presentare un certificato medico da cui risulti espressamente l'intrasportabilità anche con ambulanza; in tal caso sarà fissata altra udienza).

INDICA COME POSSIBILE AMMINISTRATORE IL SEGUENTE NOMINATIVO, GIA' DICHIARATOSI DISPONIBILE:

me stesso (il sottoscritto ricorrente)

altra persona, cioè _____ CF _____

residente in _____ via _____

telefono _____ cell. _____ e-mail _____

ALLEGA:

Marca da bollo da € 27,00

n.3 marche da bollo da euro 11,63 **oppure** n.2 marche da bollo da euro 11,63 se la domanda è presentata dal beneficiario stesso

(data) _____

Firma _____

PRIMA DI CONSEGNARE IL MODULO CONTROLLARE DI AVERLO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE E DI AVER ALLEGATO TUTTI I DOCUMENTI

