

**FAC-SIMILE DI RICORSO PER L'AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO**  
(che va redatto in CARTA SEMPLICE con allegata 1 MARCA da 8 euro per spese notifica)

**ALL'UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**  
**Tribunale Ordinario di Milano**

Il sottoscritto ricorrente (v. *nota 1*) \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'applicazione della misura di protezione dell'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ai sensi della legge 6/2004 NELL'INTERESSE DI :**

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**CODICE FISCALE N.** \_\_\_\_\_

affetto da \_\_\_\_\_

**INDICA COME AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO :**

Il/La sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Documentazione da allegare alla domanda:**

- copia integrale dell'atto di nascita del beneficiario
- certificato del medico curante attestante la condizione psicofisica del soggetto con riferimento dettagliato alla sua incapacità parziale o totale di badare a se stesso(v. nota 2)
- eventuale certificato medico che attesti l'assoluta impossibilità del beneficiario di raggiungere il Palazzo di Giustizia, neppure in ambulanza (v. nota 3)
- indicazione del patrimonio e dei redditi del beneficiario (v. nota 4)
- documenti attestanti l'eventuale opposizione alla domanda di amministrazione di sostegno da parte di parenti stretti.

**Inoltre indica i nomi e gli indirizzi dei parenti stretti (genitori, fratelli, figli e coniuge) a lui noti :**

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

**Il sottoscritto si impegna ad informare detti parenti dell'udienza fissata dal Giudice Tutelare e fornirà prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa** (mediante ricevuta di ritorno di una raccomandata o dichiarazione scritta e firmata dall'interessato)

A sostegno della presente richiesta il ricorrente, con riferimento all'esperienza di vita quotidiana e alle relazioni sociali, sanitarie, psicologiche, educative, **indica (nota 5)**:

**A) Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere in modo autonomo :**

---

---

---

---

---

**B) Le azioni che il beneficiario è in grado di compiere solo con l'assistenza di un Amministratore di sostegno :**

---

---

---

---

---

**C) Le azioni che il beneficiario non è in grado di compiere :**

---

---

---

---

---

**D) Le principali spese e i principali bisogni del beneficiario (nota 6) :**

---

---

---

---

---

---

Milano, \_\_\_\_\_

Il ricorrente

\_\_\_\_\_

## *NOTE*

### (N. 1) **Il ricorrente può essere:**

- il **beneficiario**, ossia “la persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell’impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.”
- **il coniuge o il convivente** del beneficiario
- **parenti entro il 4° grado**
- **gli affini entro il 2° grado**
- i **responsabili dei servizi socio-sanitari** che assistono il beneficiario
- il **Pubblico Ministero**
- **il Tutore e il Curatore insieme alla richiesta di revoca dell’interdizione o dell’inabilitazione (che va rivolta al giudice competente per l’interdizione o l’inabilitazione)**

(N. 2) Sarebbe utile, per evitare ulteriori approfondimenti da parte di consulenti tecnici, che fosse specificato per quali settori di vita di relazione l’ammalato riesce ad essere autonomo e per quali ha bisogno di aiuto

(N. 3) Nel caso di assoluta **in trasportabilità** il Giudice Tutelare effettuerà l’esame presso la dimora del beneficiario : è consigliabile l’indicazione del luogo dove deve avvenire l’esame.

(N. 4) E’ necessario indicare, ad esempio, :

- pensione di invalidità
- pensioni di reversibilità
- assegni di accompagnamento
- stipendi
- rendite provenienti da affitti, investimenti, interessi...
- conti correnti
- titoli
- immobili, ecc.

(N. 5) E’ necessario specificare **alcune delle seguenti azioni:**

- è/non è in grado di dare il giusto significato al denaro
- è/non è in grado di fare testamento
- è/non è in grado di dare il proprio consenso per le cure
- è/non è in grado di decidere in modo autonomo della sua vita affettiva e di relazione
- è/non è in grado di gestire rapporti in ambito lavorativo con i superiori e con gli uffici aziendali
- è/non è in grado di ritirare personalmente le pensioni
- è/non è in grado di fare acquisti personali entro un limite di euro\_\_\_\_\_ settimanali o mensili effettuare operazioni bancarie/postali/bancomat entro un limite di euro\_\_\_\_\_

(N. 6) E’ necessario **descrivere e quantificare le somme liquide mensilmente necessarie** per provvedere alle sue esigenze di vita. Ad esempio :

- spese per la frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti
- cure sanitarie o riabilitative (occhiali, dentista, ippoterapia, terapie specifiche...)
- spese eccezionali per vestiario, vacanze, tempo libero.

# DICHIARAZIONE

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

sotto la mia responsabilità dichiaro che, per quanto è a mia conoscenza, il Sig.

\_\_\_\_\_

dispone esclusivamente dei seguenti beni :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Milano, \_\_\_\_\_

**Il ricorrente**

\_\_\_\_\_