

**Al Giudice Tutelare  
TRIBUNALE ORDINARIO  
DI BRESCIA  
Sezione Volontaria  
Giurisdizione**

**Ricorso ai sensi della legge 9 gennaio 2004, n. 6 sull' Amministrazione di Sostegno**

Il/La sottoscritto/a <sup>1</sup> ..... nato/a a  
..... il ..... e residente a ..... in  
Via..... cell.....  
..... tel..... fax..... e-mail  
.....  
nella veste di<sup>2</sup> ..... del/della signor/a<sup>3</sup> (*la persona beneficiaria*)  
.....  
nato/a a ..... il ....., residente a ..... in Via  
....., con attuale dimora abituale<sup>4</sup> a..... presso<sup>5</sup>  
..... in Via..... (se in struttura) ove  
viene pagata una retta mensile di € ....., figlio/a<sup>6</sup> di  
padre Signor ..... nato a ..... il .....,  
deceduto a ..... il .....,  
madre Signora ..... nato a ..... il ....., deceduta  
a ..... il .....,  
stato civile .....

**Espongono/Espongono in**

**FATTO E IN DIRITTO**

1. Il/La signor/a<sup>7</sup> (*la persona beneficiaria*) ..... si trova nella  
impossibilità:
  - parziale/totale<sup>8</sup>
  - temporanea/permanente<sup>8</sup>di provvedere ai propri interessi.
2. Questo stato della persona dipende dalle *disabilità/patologie/fragilità* che la affliggono e che, come da  
documentazione medica che si allega, consistono in<sup>9</sup> .....  
.....;

3. La situazione rende necessaria la nomina di un Amministratore di Sostegno alla persona per il compimento degli atti specificati nelle conclusioni; ciò al fine di curarne, nel miglior modo, la salute, di tutelarne le esigenze esistenziali e di salvaguardarne il patrimonio attraverso una *assistenza/sostituzione*<sup>10</sup> che appare opportuna in quanto le condizioni psico-fisiche del beneficiario limitano le sue capacità di agire con consapevolezza per il proprio interesse.

4. Indica quali specialisti e quali servizi socio-assistenziali seguono il beneficiario o sono territorialmente competenti in relazione alla sua residenza:

Medico di base (MMG) .....

Specialista di riferimento ..... Servizio di appartenenza .....

Assistente Sociale ..... Servizio di appartenenza .....

5. Si indica come persona idonea e disponibile a ricoprire l'incarico di Amministratore di Sostegno il/la Signor/a<sup>11</sup> .....; le ragioni per cui viene ritenuta idonea la persona indicata sono le seguenti<sup>12</sup> :

.....  
.....;

6. La persona beneficiaria è titolare di:

- pensione/stipendio/indennità pari a circa € ..... mensili<sup>13</sup>;
- fondi bancari/assicurativi pari a circa €.....;
- libretto al portatore/conto corrente (bancario o postale) presso.....  
n°conto..... con saldo di € ..... in data .....

7. La persona beneficiaria è proprietaria<sup>14</sup>

- immobile sito a ..... Via .....n° .....(indicare i dati catastali)  
.....  
(se locato) canone percepito € .....

**Sulla base di quanto esposto, si chiede l'accoglimento delle seguenti**

## **CONCLUSIONI**

Voglia il Giudice Tutelare adito, assunta ogni **informazione ritenuta** ed ammessa, se del caso, **consulenza medico-legale**<sup>15</sup> **nominare al signor/a** (*la persona beneficiaria*<sup>16</sup>) ..... **come suo Amministratore di Sostegno il/la signor/a**<sup>17</sup> ..... nato/a a ..... il

.....residente a .....Via  
tel.....cell.....

affinché possa **assistere/sostituire**<sup>18</sup> il/la beneficiario/a nel compimento dei seguenti atti<sup>19</sup>:

- Riscuotere pensioni, indennità, stipendio;
- Gestire di investimenti e conto corrente;
- Utilizzare le rendite per le esigenze ordinarie della persona e per l'ordinaria amministrazione dei suoi beni, di cui €.....da gestirsi in autonomia; ciò nella misura mensile di € .....con accantonamento/ reinvestimento del residuo<sup>20</sup>;
- Prestare consenso informato per cure e trattamenti sanitari che si rendessero necessari per la salute della persona, per il trattamento dei dati sensibili;
- Presentare istanze per richieste presso gli uffici postali e/o bancari e della pubblica amministrazione per la richiesta di assistenza, anche sanitaria, e di sussidi;
- Presentare denunce dei redditi e sottoscrizione di atti di natura fiscale;
- Provvedere alle riparazioni, manutenzioni e messa in sicurezza di dispositivi dell'abitazione dove risiede il beneficiario;
- Avere informazioni da parte del personale sanitario che ha in cura la persona beneficiaria sulle condizioni di salute e sulle terapie effettuate, anche attraverso la richiesta di referti e cartelle cliniche;
- Provvedere alle spese sanitarie e di cura non riferibili alla patologia (es. cure dentarie);
- .....
- .....
- .....

Si chiede altresì che l'amministratore di sostegno individuato possa essere ammesso all'autocertificazione delle spese sostenute a favore del beneficiario.

Si precisano come segue **generalità e residenza (o domicilio)** di coniuge, parenti entro il quarto grado, affini entro il secondo grado e conviventi della persona per la quale viene richiesto il sostegno (**barrare** coloro che non esistono e **omettere** coloro che non hanno rapporti di familiarità con la persona beneficiaria per disinteresse o per impedimenti dovuti a età o malattie):

- Coniuge .....
- Genitori .....
- Fratelli e sorelle.....
- Figli.....
- Nonni .....
- Nipoti .....
- Convivente .....
- Cognati .....

- Generi/nuore .....
- Suoceri.....;
- Zii.....

Il/La sottoscritto/a s'impegna ad informare detti parenti dell'udienza fissata dal giudice Tutelare e fornirà prova di averli informati nel corso dell'udienza stessa.

Si allegano:

- Stato di famiglia della persona beneficiaria per la quale si richiede la nomina dell'Amministratore di Sostegno
- Marca da € 8,00
- Certificato medico o copia di documentazione clinica/ medico legale della persona beneficiaria
- Copia verbale di invalidità
- Copia libretto/i di pensione, busta paga e altre eventuali rendite mensili della persona beneficiaria
- Estratti conto bancari della persona beneficiaria
- Copia dei rogiti notarili o dei contratti di locazione riguardanti le consistenze immobiliari della persona beneficiaria
- Copia ultima dichiarazione dei redditi della persona beneficiaria
- Fotocopia di un documento di identità del ricorrente e della persona beneficiaria e della persona individuata come AdS, se diversa dal ricorrente
- Dichiarazione medica dell'eventuale impossibilità della persona beneficiaria a presenziare all'udienza neppure in ambulanza

Luogo.....

Data .....

FIRMA

---

## NOTE

Si precisa che, per il territorio dell'ASL di Brescia, il ricorso deve essere depositato presso la Cancelleria della Volontaria Giurisdizione del Tribunale di competenza (Brescia o sezione distaccata di Salò) in base alla residenza/domicilio del beneficiario (verificare sulla guida operativa l'elenco dei comuni afferenti alle diverse sedi di Tribunale).

**Indicare**, se i ricorrenti sono più di uno, date e luoghi di nascita e luoghi di residenza di ciascuno.

<sup>2</sup> **Specificare**, rispetto alla persona per cui si chiede il sostegno, il grado di parentela se il ricorrente è coniuge, figlio/a, padre, madre, nonno/a, nipote, suocero/a, cognato/a, genero, nuora, convivente.

<sup>3</sup> **Scrivere** nome e cognome, data e luogo di nascita e luogo di residenza della “**persona beneficiaria**”; *si definisce con questo termine la persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno.*

<sup>4</sup> **Specificare** l'attuale dimora abituale se è diversa dalla residenza.

<sup>5</sup> **Scrivere**, se la persona beneficiaria è ospite di una struttura socio-sanitaria, nome e indirizzo di questa ed entità della retta mensile.

<sup>6</sup> **Scrivere** nomi, cognomi, data di nascita e, se deceduti, di morte di entrambi i genitori della persona beneficiaria.

<sup>7</sup> **Scrivere** il nome e il cognome della persona beneficiaria.

<sup>8</sup> **Cancellare** l'opzione non corrispondente alla situazione del beneficiario.

<sup>9</sup> **Descrivere** le disabilità più significative allegando al ricorso certificato medico o copia di documentazione clinica.

<sup>10</sup> **Cancellare** quella non voluta delle due ipotesi (“*assistenza/sostituzione*”) e **motivare le ragioni della richiesta** tenendo presente che l’ “*assistenza*” comporta che la persona può compiere gli atti soltanto insieme all'amministratore mentre la “*sostituzione*” che l'amministratore li compie direttamente in nome e per conto della persona senza che questa intervenga.

<sup>11</sup> **Scrivere** “il/la ricorrente” **se chi ricorre è una sola persona; se i ricorrenti sono più di uno** nome e cognome di quello/a disponibile; **se si tratta di persona diversa da chi ricorre** nome, cognome, data di nascita e residenza della medesima.

<sup>12</sup> **Esporre** le ragioni per cui si ritiene che la persona proposta possa essere di valido aiuto alla persona beneficiaria.

<sup>13</sup> In caso di più di un'entrata **indicarle separatamente** specificando sia il tipo che l'ammontare.

<sup>14</sup> **Specificare**: il **titolo** degli immobili della persona beneficiaria: proprietà o usufrutto o diritto di superficie; se cointestati anche i dati dei cointestatori e l'entità delle varie quote; l'**entità dei canoni** percepiti se gli immobili sono locati.

<sup>15</sup> Può essere disposta con lo scopo di **accertare lo stato disabilitante della persona beneficiaria, la conseguente incidenza sulla capacità di agire di essa e le modalità di un sostegno idoneo alla cura della sua salute, alla tutela delle sue esigenze essenziali ed alla salvaguardia del suo patrimonio.**

<sup>16</sup> **Scrivere** il nome e il cognome della persona beneficiaria.

<sup>17</sup> **Scrivere** il nome e cognome dell'amministratore proposto.

<sup>18</sup> **Cancellare** l'ipotesi non voluta; per le nozioni di “*assistenza*” o “*sostituzione*” si veda la nota n. 10:

<sup>19</sup> **Cancellare** ciò che non interessa nella elencazione, **modificare** quanto non corrisponde alla situazione concreta formulando in coerenza le richieste con eventuali integrazioni specifiche.

<sup>20</sup> **Cancellare** l'ultimo periodo (dopo il punto e virgola) se si ritiene che il mantenimento della persona beneficiaria comporti l'esigenza di utilizzo di ogni sua rendita mensile.

<sup>21</sup> **Scrivere** di seguito, e **sempre specificandoli puntualmente**, gli ulteriori atti e/o categorie di atti per i quali si invoca il sostegno.