

TRIBUNALE CIVILE DI _____

RICORSO ex ART. 404 COD. CIV. ed ART. 3, L. 09.01.2004, n. 6

PER

Il/la Sig./Sig.ra nato/a a _____, il ___/___/___, C.F.: _____,
residente in _____ (___), Via _____ - (CAP: _____),
rappresentato/a e difeso/a nel presente giudizio, in virtù di procura in calce al
presente atto, dall'Avv. _____ (C.F.: _____) presso il cui studio
in _____, Via _____ n. _____ (CAP: _____) è elettivamente domiciliata/o; il/la
quale inoltre dichiara insieme al suo difensore di voler ricevere le comunicazioni
e le notifiche relative alla presente procedura a mezzo fax al seguente n.
_____, oppure a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo:

NELLA SUA QUALITÀ DI _____ (*Indicare il rapporto che intercorre
fra chi presenta il ricorso e la persona per la quale si richiede la nomina
dell'amministratore di sostegno*) del **Sig./Sig.ra _____** nato/a a _____, il ___/
___/___, C.F.: _____, residente in _____ (___),
Via _____ - (CAP: _____),

PREMESSO CHE

1. Il/la Sig./Sig.ra _____ si trova in uno stato di impossibilità
parziale/ totale/ temporanea/ permanente tale da non consentirgli di
provvedere ai propri interessi a causa di infermità _____
2. Infatti il/la Sig./Sig.ra _____ è affetto/a da _____
come risulta dalla documentazione medica che si allega e pertanto non è in
grado di provvedere autonomamente ai propri interessi;
3. Il/la Sig./Sig.ra _____ (*indicare il patrimonio e i redditi del/*

della beneficiario/a, ad esempio proprietà/usufrutto immobili, pensione, stipendio).

4. Il sopraggiungere delle suddette circostanze determinano la necessità di provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno che possa rappresentare/ assistere il/la Sig./Sig.ra _____ nel compimento delle seguenti attività senza necessità di separata, ulteriore, autorizzazione: *(elencare i compiti che l'amministratore di sostegno dovrà svolgere, nell'interesse del beneficiario, ad esempio acquisto e/o pagamento dei beni essenziali per le esigenze e la qualità della vita del beneficiario, pagamento delle utenze, ritiro ed amministrazione della pensione, divisione ereditaria, cessione di quote, partecipazione ai relativi contratti notarili, cure ospedaliere e mediche in generale, etc.)*
- _____
- _____
- _____
- _____

4. Si precisa, inoltre che il/la Sig./Sig.ra _____ convive con il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____, il ___/___/___, C.F.: _____, residente in _____ (___), Via _____ - (CAP: _____) *(indicare l'eventuale grado di parentela)* e che gli altri familiari del beneficiario sono:

1) il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____, il ___/___/___, C.F.: _____, residente in _____ (___), Via _____ - (CAP: _____)

2) il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____, il ___/___/___

____, C.F.:_____, residente in _____ (____),
Via _____ - (CAP: _____)

Tanto sopra premesso Il/la Sig./Sig.ra _____ come sopra
rappresentato/a, difeso/a e domiciliato/a

RICORRE

all'Ill.mo Tribunale adito, affinché Voglia nominare un amministratore di
sostegno a tempo indeterminato (*ovvero per la durata di _____ mesi*)
nell'interesse del **Sig./Sig.ra** _____ nato/a a _____, il ___/___/___,
C.F.: _____, residente in _____ (____),
Via _____ - (CAP: _____) fissando i limiti di spesa che
l'amministratore di sostegno potrà sostenere attingendo alle somme cui
attualmente dispone il/la beneficiario/a

INDICA COME AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

il/la Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____, il ___/___/___,
C.F.: _____, residente in _____ (____), Via _____
- (CAP: _____), in quanto persona più a contatto diretto con il/la Sig./Sig.ra
_____ e che avrà cura di renderlo/a partecipe delle attività che, di
volta in volta, intenderà compiere nel suo interesse.

Con tutta osservanza si allegano i seguenti documenti in copia:

1. Certificato di nascita del/della beneficiario/a;
2. Documentazione medica;
3. Documentazione relativa alla situazione patrimoniale (redditi, pensione,
stipendi, assegni di accompagnamenti, rendite, conti correnti, titoli, estratti
conto, dichiarazione dei redditi, immobili, etc.);

4. Carta di identità del ricorrente e del beneficiario.

5. Procura alle liti.

Si dichiara che il presente procedimento è esente dal pagamento del contributo unificato.

____, li _____

Avv. _____