



€ 27,00

SOLO CON PAGOPA

TRIBUNALE DI SIENA
VOLONTARIA GIURISDIZIONE

Al Giudice Tutelare del Tribunale Ordinario di Siena

Il/la sottoscritto/a (ricorrente):

Nome: _____ Cognome: _____

Nato a: _____ prov. (___) il ___ / ___ / ___

Residente a: _____ Prov. (___) in via _____

telefono: _____ **Cellulare:** _____

indica quale canale per ogni comunicazione da parte dell'Ufficio la seguente

email: mail **PEC**: indicare solo questa se in possesso della medesima

Se non in possesso della pec, indicare la propria **Email** principale:

Il sottoscritto, nell'autorizzare l'Ufficio alla trasmissione di ogni comunicazione compresa la notificazione dei provvedimenti del Magistrato alla suddetta PEC/email, autorizza altresì al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Dlgs 196/2003 e del GDPR (Reg. UE 2016/679).

Il medesimo ricorrente, si impegna sin d'ora, alla trasmissione del solo RENDICONTO PERIODICO E FINALE, debitamente firmato digitalmente, o qualora non munito di firma digitale, con firma autografa sull'originale del rendiconto stesso, tramite il suddetto canale PEC/EMAIL.

In ogni caso lo scrivente provvederà ad allegare anche copia del documento di identità. In mancanza della copia del suddetto documento il rendiconto non potrà essere depositato all'interno del fascicolo.

IN QUALITA' DI

Beneficiando stesso (colui/ei per il quale si chiede la misura)

Oppure, con riferimento alla persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno (beneficiando)

Padre o Madre

Coniuge Figlio/Figlia suocero/a

Convivente stabile Fratello/Sorella cognato/a

Responsabili dei servizi socio-sanitari genero/nuora

Legale rappresentante (*specificare*):

Tutore o curatore

Altro parente entro il 4° grado: (*specificare la tipologia*): _____

CHIEDE

l'applicazione della misura di protezione dell'Amministrazione di sostegno, ai sensi della Legge 6/2004 NELL'INTERESSE di:

Nome: _____ Cognome : _____

Nato a: _____ prov. (____) il ____ / ____ / ____

Residente a: _____ prov. (____) in via _____

Codice Fiscale _____

ora vive normalmente nel Comune di _____

prov. (____) in via _____

che è in grado di deambulare o che comunque può spostarsi coll'ausilio della sedia a rotelle

oppure E' INTRASPORTABILE (allegare in tal caso certificato medico specifico attestante **che lo spostamento potrebbe concretamente pregiudicare le condizioni fisiche della persona oppure richiederebbe non la semplice sedia a rotelle, ma l'ausilio dell'ambulanza e della barella**)

SPECIFICARE SE

la richiesta è URGENTE. In tal caso dettagliare i motivi specifici e di dettaglio (non generici) dell'urgenza per la quale si chiede la nomina di un ADS provvisorio):

1. _____

2. _____

Per quanto sopra si indica come eventuale amministratore di sostegno:

Via Camollia 85 Siena – per appuntamento: volgiurisdizione.tribunale.siena@giustizia.it- **SPORTELLI DI PROSSIMITÀ** per deposito e ritiro atti V.G. solo su appuntamento : Poggibonsi- giustiziainsieme@gmail.com, Montepulciano- ufficioprossimitamontepulciano@pec.consorzioerrecablate.it-Piancastagnaio-m.sacchi@comune.piancastagnaio.si.it-
Montalcino 0577/80441-804427-804420-804466

Nome _____ Cognome _____
residente a _____ prov. (____) in via _____
Telefono: _____ Cell. _____ E.mail _____
Codice Fiscale _____

Oppure, si chiede al Giudice Tutelare di individuare persona idonea

Il ricorrente indica di seguito i nominativi e gli indirizzi dei parenti entro il 4° grado e affini entro il 2° in vita e se conosciuti (genitori, fratelli, figli, coniuge, nonni, zii, nipoti, cugini, suoceri, genero, nuora e cognati della persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno):

NOME	COGNOME	Indirizzo	Recapito tel.	Grado di parentela

Il **sottoscritto, non appena ricevuto il Decreto di fissazione dell'udienza, si impegna** ad informare solo i parenti indicati nel Decreto suddetto, sia del ricorso che dell'udienza fissata dal Giudice tutelare, tramite una raccomandata con ricevuta di ritorno, quest'ultima **da esibire** in occasione **dell'Udienza** dinanzi al Giudice tutelare per l'apertura dell'amministrazione di sostegno, oppure tramite una dichiarazione di assenso scritta e firmata dal parente con allegata copia del documento di identità, anch'essa da esibire in udienza. **Si impegna inoltre a comunicare sempre a mezzo A/R il ricorso e il decreto di fissazione di udienza al beneficiando.**

A sostegno della presente richiesta, il ricorrente **dichiara** che la persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno non è attualmente interdetto o inabilitato né è pendente procedimento d'interdizione o inabilitazione nei suoi confronti.

Le ragioni ordinarie per le quali si chiede l'amministrazione di sostegno sono le seguenti:

Via Camollia 85 Siena – per appuntamento: volgiurisdizione.tribunale.siena@giustizia.it- **SPORTELLI DI PROSSIMITÀ** per deposito e ritiro atti V.G. solo su appuntamento : **Poggibonsi-** giustiziainsieme@gmail.com, **Montepulciano-** ufficioprossimitamontepulciano@pec.consorzioerrecablate.it-**Piancastagnaio-** m.sacchi@comune.piancastagnaio.si.it-
Montalcino 0577/80441-804427-804420-804466

1) indicare quali siano **le condizioni di salute**- (specificare le eventuali infermità o menomazioni fisiche o psichiche da cui sarebbe affetta la persona per la quale si chiede l'Amministrazione e se sia o meno seguita dai servizi sociali o dai servizi psichiatrici, indicando l'assistente sociali o il medico di riferimento e la sede dei servizi sociali o dell'ambulatorio)

2) indicare quali siano le condizioni di vita della persona per la quale si chiede l'amministrazione di sostegno

- Vive presso casa di cura, comunità o altra struttura
- Vive in famiglia con altre n. ___ persone conviventi
- Vive da solo
- Vive in abitazione con badante
- Lavora Altro (specificare)

3) specificare ulteriori motivi per i quali il beneficiario non sarebbe in grado di provvedere ai propri interessi personali e patrimoniali

_____ a tal fine si indicano le

azioni che il beneficiario è oppure non è in grado di effettuare (barrare la casella corrispondente):

	operazioni	Si, in modo autonomo	Con l'aiuto di un amministratore di sostegno
1	Dare il giusto significato al denaro		
2	Fare testamento		
3	Dare il proprio consenso per le cure		
4	Decidere in modo autonomo della sua vita di relazione		
5	Ritirare personalmente la pensione		

6	Fare acquisti personali entro un limite di € _____ settimanali / mensili ed effettuare operazioni bancarie/postali/bancomat entro un limite di € _____		
7	Altro _____ _____		

Inoltre indica che le principali Entrate e Spese mensili del beneficiario sono:

ENTRATE

<u>VOCE</u>	<u>IMPORTO</u>
Pensione	€
Affitti	€
Rendite	€
Altro	€

USCITE (SPESE)

<u>VOCE</u>	<u>IMPORTO</u>
Spese per alimentazione, vestiario e cura della persona	
Spese per la casa (affitto, mutuo, sp.condominiali)	
Spese per il tempo libero e vacanze	
Spese per la frequenza di centri e/o comunità terapeutiche e relativi trasporti	
Spese per cure sanitarie o riabilitative (occhiali, dentista, carrozzine, terapie specifiche)	
Altro _____	
Altro _____	

L'istante **dichiara** sotto la propria responsabilità altresì, che per quanto è a propria conoscenza, il beneficiario per il quale si chiede l'amministrazione di sostegno

Dispone esclusivamente dei seguenti beni

Immobili_ (allegare visura con dati ipo-catastali e rendita. Qualora non ci fossero immobili dichiararlo espressamente)

Veicoli (allegare copia del libretto di circolazione, se non titolare indicarlo espressamente)

Depositi, conti correnti, pensioni o rendite (allegare visura bancaria con i saldi e se non titolare indicarlo comunque espressamente)

Documentazione da allegare obbligatoriamente alla domanda

- Copia 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
- Eventuale** certificato medico che attesti **l'impossibilità nel senso sopra specificato** del beneficiario di raggiungere il Palazzo di giustizia. Nel caso di intrasportabilità il Giudice Tutelare effettuerà l'esame presso la dimora del beneficiario: è consigliabile l'indicazione del luogo dove deve avvenire l'esame
- Autocertificazione dello Stato di famiglia e della residenza
- Documenti attestanti lo stato patrimoniale come sopra richiamate (visure, saldo bancario ecc)
- Copia del documento di identità del beneficiario
- Copia del documento di identità del ricorrente

Si chiede sin d'ora copia conforme dei provvedimenti che saranno emessi dal Giudice.

Siena _____

Via Camollia 85 Siena – per appuntamento: volgiurisdizione.tribunale.siena@giustizia.it- **SPORTELLI DI PROSSIMITÀ** per deposito e ritiro atti V.G. solo su appuntamento : Poggibonsi- giustiziainsieme@gmail.com, Montepulciano- ufficioprossimitamontepulciano@pec.consorzioerrecablate.it-Piancastagnaio-m.sacchi@comune.piancastagnaio.si.it-
Montalcino 0577/80441-804427-804420-804466

Firma del richiedente

Si informa che i dati raccolti all'interno di procedure giudiziarie possono essere conosciuti solo ed esclusivamente dai soggetti interessati e dal Giudice ai sensi della normativa vigente. Al fine di garantire la massima celerità nelle comunicazioni di legge relative alla presente procedura, il ricorrente autorizza, al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Dlgs 196/2003 e del GDPR (Reg. UE 2016/679) nella trasmissione delle comunicazioni all'indirizzo e-mail indicato nel presente ricorso.

Firma del richiedente
