

N. _____ Reg. N. C.

AL TRIBUNALE DI MONZA
DOMANDA DI NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il sottoscritto _____ tel. _____

indirizzo di posta elettronica: _____

Residente in _____, via _____ n. _____

Nella sua qualità di

☐ Coniuge in regime di separazione dei beni ☐ Coniuge in regime di comunione dei beni

☐ Persona stabilmente convivente

☐ Genitore

☐ Figlio

☐ Fratello/sorella

☐ Altro Parente

☐ Rappresentante di Ente o struttura: _____

☐ Professionista

☐ Altro : _____

CHIEDE

La nomina di amministratore di sostegno in favore di

_____ nato a _____ in data _____ codice fiscale _____

il quale vive abitualmente nel Comune di _____,

via _____ n. _____

☐ presso casa di cura, comunità o altra struttura

☐ in abitazione da solo

☐ in famiglia con altre n. _____ persone conviventi

☐ in abitazione con badante

Le sue condizioni fisiche sono le seguenti:

☐ Autosufficiente, esce di casa da solo ☐ Permanentemente a letto ☐ Sedia a rotelle

☐ Autosufficiente ma non esce di casa da solo ☐ Altro: _____

La suddetta persona ha i seguenti parenti o congiunti viventi:

☐ coniuge ☐ convivente di fatto ☐ padre ☐ madre ☐ n. _____ figli ☐ n. _____ fratelli;

☐ La suddetta persona aveva anche un figlio o un fratello morti precedentemente

☐ Il figlio o il fratello morti avevano in totale n. _____ figli

Solo se mancano tutti i congiunti sopra indicati, specificare se la persona ha i seguenti congiunti viventi (se vi è anche un solo congiunto di quelli sopra, non è necessario specificare):

☐ nonni ☐ zii ☐ prozii ☐ cugini primi o secondi;

MOTIVI DELLA DOMANDA

La persona indicata è incapace di attendere ai propri interessi a causa della seguente malattia:

La nomina di amministratore è necessaria perchè:

☐ Bisogna fare le pratiche necessarie ad ottenere la pensione o indennità ;

☐ Bisogna fare un atto notarile (vendere una casa, accettare o rifiutare eredità, dividere beni);

☐ Nessun parente ha delega per operare in banca o riscuotere la pensione;

☐ Bisogna dare consenso informato per intervento chirurgico o la seguente terapia (specificare):

_____ da eseguirsi entro il : _____;

Altre necessità (specificare): _____

Importo di spesa ordinaria mensile prevedibile: _____

Si indica come possibile amministratore il seguente nominativo, già dichiaratosi disponibile:

☐ Il sottoscritto ricorrente

☐ Altra persona e cioè:

_____ Nato a _____ in data _____ Tel. _____

_____ Residente in _____, via _____ n. _____

☐ Si allega carta di identità del possibile amministratore

DICHIARA

☐ che la situazione patrimoniale e finanziaria del beneficiario è la seguente:

PATRIMONIO:

Saldo conto corrente:	€	
Saldo conto titoli e investimenti:	€	
Saldo polizze vita	€	
Cassa	€	
TOTALE SALDI E CASSA	€	
Altri beni (valore)	€	

N. abitazioni		di cui locate	
N. box		di cui locati	
N. negozi		di cui affittati	
N. capannoni		di cui affittati	
N. terreni		di cui affittati	
N. altri immobili		di cui affittati	

SOMME MENSILI INCASSATE:

Pensioni/ retribuzioni, assegni dal coniuge	€	
Indennità d accompagnamento	€	
Redditi da attività autonoma personale	€	
Utili societari o da partecipazioni	€	
Cedole da titoli e altri e Interessi attivi.	€	
Canoni di locazione incassati	€	
Altri incassi (specificare)	€	
Altri incassi (specificare)	€	
Altri incassi (specificare)	€	
TOTALE INCASSI:	€	
SALDO INCASSI -SPESE	€	

SOMME MENSILI PAGATE:

Rette case di riposo o altre strutture assist.	€	
Badanti, infermieri e collab. famil.	€	
Cure mediche, fisiot., farmaci. esami clinici	€	
Vitto, abbigliam., istruzione, tempo libero	€	
Trasporti (ambulanze, abbonamenti, taxi)	€	
Canoni di locazione	€	
Spese condomin. e manutenzione immobili	€	
Utenze domestiche (acqua, luce, gas, tel.)	€	
Rate di mutui o finanziamenti	€	
Altre spese (specificare:	€	
TOTALE SPESE	€	

Allega (barrare gli allegati prodotti):

- ☐ Diritti di cancelleria € 27,00 (solo pagamento telematico)
- ☐ Documentazione medica da cui risulti l'incapacità del beneficiario.
- ☐ Estratto di nascita del beneficiario (NB. Non va bene il certificato di nascita).
- ☐ Certificato di stato di famiglia della persona;

Allega Inoltre:

- ☐ Ultima dichiarazione dei redditi del beneficiario.
- ☐ Estratti dei conti correnti bancari e postali e conto titoli di cui il beneficiario è intestatario o co-intestatario
- ☐ Elenco di immobili di proprietà; eventuali contratti di locazione a terzi;

Altri eventuali allegati (barrare gli allegati prodotti):

- ☐ Copia del bilancio delle imprese e documenti relativi alle quote di partecipazione del beneficiario.
- ☐ Copia di eventuali polizze assicurative sulla vita contratte dal beneficiario.
- ☐ Eventuale contratto di locazione del domicilio del beneficiario.
- ☐ Eventuale dichiarazione di contribuzione alle spese di locazione del nucleo familiare che ospita il beneficiario.
- ☐ Ultima ricevuta o fattura delle eventuali rette di istituti, case di cura, residenze per anziani
- ☐ Ultima busta paga dell'assistenza domiciliare.
- ☐ Eventuale certificato medico di non trasportabilità (neppure in ambulanza) del beneficiario.
- ☐ Altri documenti: _____

I documenti riguardanti la situazione economica e patrimoniale del beneficiario, qualora non disponibili alla data della domanda, dovranno essere depositati almeno cinque giorni prima dell'udienza di comparizione fissata dal Giudice.

Monza, (data) _____

Firma _____

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