

RINUNCIA ALL’INCARICO DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il sottoscritto **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO** _____
residente in _____ via _____ CF _____
telefono _____ cell. _____ e-mail _____
del **BENEFICIARIO** (nome) _____

L’amministratore, rispetto al Beneficiario è (barrare la casella):

☐ Padre o Madre	☐ Fratello/Sorella	☐ Comune	☐ Associazione, ente o struttura
☐ Figlio/Figlia	☐ Nipote, Cugino	☐ Professionista: ☐ avv. ☐ dr. comm.- ☐ rag.	
☐ Coniuge non separato	☐ Convivente stabile	☐ Altro (specificare)	

CHIEDE

di poter rinunciare all’incarico di Amministratore di Sostegno per i seguenti motivi

FA PRESENTE che ha manifestato disponibilità alla nomina, in sua sostituzione, il seguente soggetto:

nome _____ nato/a a _____ il _____
e residente in _____ via _____ CF _____
telefono _____ cell. _____ e-mail _____

Rapporti con il beneficiario:

☐ Padre o Madre	☐ Fratello/Sorella	☐ Comune	☐ Associazione, ente o struttura
☐ Figlio/Figlia	☐ Nipote, Cugino	☐ Professionista: ☐ avv. ☐ dr. comm.- ☐ rag.	
☐ Coniuge non separato	☐ Convivente stabile	☐ Altro (specificare)	

☐ **Allega** (specificare eventuali documenti se prodotti) _____

☐ Chiede l’efficacia immediata ex art. 741 cod. proc. civ.

I diritti di copia €11,80 saranno riscossi al momento del rilascio della stessa (**solo pagamento telematico**)

Monza, (data) _____ Firma _____

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

