

ISTANZA DI MODIFICA DEI POTERI DELL' 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

che all'amministratore di sostegno siano attribuiti poteri di rappresentanza sostitutiva e in particolare:

MOTIVO DELLA DOMANDA

☐ **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**)

(data) _____ Firma _____

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

