

AL GIUDICE TUTELARE DEL TRIBUNALE DI PESARO

I sottoscritti (nome cognome ed indirizzo dei richiedenti con allegato per ognuno fotocopia documento e specificare il grado di parentela: coniuge, figlio o parente fino al 4° grado o convivente stabile)

(recapito telefonico di un familiare del beneficiario _____)

Dichiarano che l'invalido beneficiario _____
è affetto dalle seguenti infermità _____

- TRASPORTABILE
- NON TRASPORTABILE

che lo rendono incapace di provvedere ai propri interessi,

e presentano ricorso

per la nomina di amministratore di sostegno, a norma della legge 9 gennaio 2001, n° 6.

Al riguardo gli scriventi comunicano i seguenti dati:

generalità dell'invalido beneficiario _____

nato a _____ il _____,

dimora abituale dell'invalido _____

o domiciliato presso struttura/casa di riposo _____

nominativo e domicilio del coniuge _____

beni dell'invalido (descrizione es. pensione, immobili ed investimenti c/c libretti a risparmio ecc...)

La richiesta è finalizzata al compimento di tutti gli atti di **ordinaria amministrazione** (es.: incasso della pensione ed altre indennità, prelievo di somme necessarie al fabbisogno del beneficiario, disbrigo di pratiche amministrative, ecc.)

Si propone come amministratore di sostegno il/a signor/a:

nato/a a _____ il _____

residente in _____

Recapiti: telefono fisso _____ cellulare _____

indirizzo e-mail _____

Il/i richiedenti dichiara/no che il beneficiario è impossibilitato / non è impossibilitato a presentarsi in questo Ufficio avanti al Giudice Tutelare.

Ricorso esente da contributo unificato.

Pesaro,

FIRMA DI TUTTI I RICHIEDENTI

**SI ALLEGANTO I SEGUENTI DOCUMENTI DEL BENEFICIARIO
IN CARTA LIBERA:**

- 1- CERTIFICATO DI NASCITA (SE MINORE DI ANNI OTTANTA);
- 2 - STATO DI FAMIGLIA STORICO DEL BENEFICIARIO;
- 3 - CERTIFICATO MEDICO DEL BENEFICIARIO ATTESTANTE LE PATOLOGIE
O FOTOCOPIA CERTIFICATO COMMISSIONE MEDICA;
- 4 - COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' DI TUTTI GLI ISTANTI E BENFICIARIO;
- 5- CERTIFICATO DI INTRASPORTABILITA'.