****

**TRIBUNALE DI NOVARA**

**SEZIONE CIVILE**

**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

**Oggetto: Ricorso per la nomina di un amministratore di sostegno**

**PROVVISORIO E URGENTE *ex* articolo 405, comma 4, Codice civile**

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Il/la sottoscritto/a:

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**→ in qualità di:**  beneficiario

  coniuge

  convivente

  parente entro il 4° grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 specificare la parentela

  affine entro il 2° grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 specificare l’affinità

(*allegare stato di famiglia/autocertificazione attestante la qualità della parte ricorrente*)

**- PARTE RICORRENTE -**

**CHIEDE CON URGENZA**

**La nomina di un amministratore di sostegno provvisorio e urgente** **a favore di:**

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato di fatto in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ed attualmente il ricoverato presso l’ospedale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che si trova nella temporanea impossibilità di esprimere consenso al trattamento medico/chirurgico/terapeutico non salvavita ma che necessita di un celere intervento per evitare conseguenze pregiudizievoli, come da relazione allegata che indica la patologia che affligge il paziente e il suo effetto sulla capacità d'agire e le ragioni dell'impraticabilità e le possibili conseguenze pregiudizievoli per il paziente in carenza di un provvedimento non tempestivo al fine di esprimere il consenso per la **PRESTAZIONE SANITARIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Il sottoscritto ricorrente allega alla presente istanza valido documento di identità del soggetto che si propone quale amministratore di sostegno al fine di esprimere il consenso per la prestazione sanitaria.

* Il/la sottoscritto/a DICHIARA di non essere a conoscenza di eventuali procedure di amministrazione di sostegno / tutela dell’interdetto / curatela dell’inabilitato in corso a favore della persona per la quale si chiede l’apertura dell’amministrazione di sostegno odierna.
* Il/la sottoscritto/a DICHIARA, per quanto a propria conoscenza, che la persona per la quale si chiede l’Amministrazione NON ha in precedenza designato nessuno quale proprio possibile Amministratore di Sostegno.
* Il/la sottoscritto/a DICHIARA, per quanto a propria conoscenza, che la persona per la quale si chiede l’Amministrazione HA in precedenza designato (art. 408 codice civile) quale proprio possibile Amministratore di Sostegno il/la sig./ra

COGNOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato/a in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mediante atto pubblico / scrittura privata autenticata, atto depositato presso il

Notaio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con studio in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Novara, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE (selezionare i documenti depositati):**

* **Certificato medico (OBBLIGATORIO)** attestante: 1) la patologia da cui è affetto il paziente e il suo effetto sulla capacità di esprimere un valido consenso alle prestazioni sanitarie; 2) specificazione della prestazione sanitaria da eseguire; 3) presunta data dell’intervento;
* documento di identità e codice fiscale del ricorrente;
* documento d’identità e codice fiscale del soggetto che si propone quale amministratore di sostegno;
* documento di identità e codice fiscale del beneficiario;
* stato di famiglia/autocertificazione attestante la qualità della parte ricorrente;
* pagamento di euro 27,00 causale DIRITTI DI CANCELLERIA (da pagare telematicamente tramite PAGO PA);
* pagamento di euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (dell’importo che verrà comunicato dalla Cancelleria in base al numero delle pagine) per copia autentica causale DIRITTI DI COPIA (da pagare telematicamente tramite PAGO PA).

**NOTA BENE**

Il presente ricorso darà avvio ad un procedimento volto ad accertare le condizioni per l’eventuale apertura in via definitiva della procedura di amministrazione di sostegno.

L'amministrazione di sostegno comporta una **vigilanza a tempo indeterminato/determinato del Giudice** **Tutelare** sulla gestione patrimoniale e sulla assistenza personale della persona beneficiaria, con i conseguenti obblighi di rendiconto periodico (di solito annuale) e limitazione nella libera gestione dei beni (ogni atto di straordinaria amministrazione o eccedente il limite di spesa fissato nel decreto di nomina deve **preventivamente** essere autorizzato dal Giudice Tutelare).

**NB IL DEPOSITO POTRÀ AVVENIRE:**

**1)** ALLO SPORTELLO PRESSO CANCELLERIA VOLONTARIA GIURISDIZIONE (1° PIANO ALA NORD dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30);

**2)** A MEZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) O POSTA ELETTRONICA ORDINARIA (PEO) NOMINATIVA (INTESTATA ALLA PERSONA CHE DEPOSITA O, IN SUBORDINE, A PERSONA APPOSITAMENTE DELEGATA, in tal caso allegare apposita delega e copia carta d’identità e codice fiscale anche del delegato). L’ATTO DA DEPOSITARE DOVRÀ ESSERE SOTTOSCRITTO PERSONALMENTE O DIGITALMENTE E ALLEGATO ALLA PEC/PEO UNITAMENTE AI DOCUMENTI E COPIA DI UN DOCUMENTO D’IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ E CODICE FISCALE DEL DEPOSITANTE;

**3)** A MEZZO DEL SERVIZIO POSTALE PROVENIENTE DALLA PERSONA CHE DEPOSITA O, IN SUBORDINE, DA PERSONA APPOSITAMENTE DELEGATA (in tal caso allegare apposita delega e copia carta d’identità e codice fiscale anche del delegato). L’ATTO DA DEPOSITARE DOVRÀ ESSERE SOTTOSCRITTO PERSONALMENTE E SPEDITO UNITAMENTE AI DOCUMENTI E COPIA DI UN DOCUMENTO D’IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ E CODICE FISCALE DEL DEPOSITANTE.

NON VERRANO PRESI IN CONSIDERAZIONE DEPOSITI CHE PERVERRANNO CON MODALITÀ DIVERSE E/O INCOMPLETE RISPETTO A QUANTO SOPRA INDICATO.