

**ALL' ILL.MO SIGNOR GIUDICE TUTELARE
DEL TRIBUNALE DI CAMPOBASSO**

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ il _____
a _____ e residente in _____
_____ via _____ n. _____
C.F. _____ tel. _____
e-mail _____
pec _____
nella qualità di _____
del/la Signor_ _____
nat_ il _____ a _____
e residente (o domiciliato) in _____
alla via _____ n. _____
C.F. _____
ed ivi abitualmente dimorante (oppure con abituale dimora in _____
_____ via _____ n. _____)

PREMESSO

che il/la predett_ signor_ _____
si trova nella impossibilità di provvedere ai propri interessi a causa della seguente infermità
fisica/psichica: _____
_____,
come risulta dalla certificazione medica che si allega, per cui si rende necessario,
conseguentemente, provvedere alla nomina di un amministratore di sostegno che possa
rappresentare (oppure assistere) il/la predett_ signor_ _____
_____ nel compimento degli atti di seguito precisati:

CHIEDE

che sia dichiarata aperta l'amministrazione di sostegno dell_ stess_ e che gli /le sia nominato un
amministratore nella persona di _____

nat_ il _____ a _____
e residente in _____

via _____ n. _____
(tel. _____, pec _____
e-mail _____)

indica, ai sensi dell'art. 407 c.c. relativamente all'amministrand___,

1) CONIUGE (inserire dati anagrafici)

2) DISCENDENTI (inserire dati anagrafici)

3) ASCENDENTI (inserire dati anagrafici)

4) FRATELLI (inserire dati anagrafici)

5) CONVIVENTI (inserire dati anagrafici)

(luogo e data di sottoscrizione)

Firma _____

Si allegano:

1. fotocopia del documento di riconoscimento del ricorrente;
2. certificazione medica rilasciata da strutture pubbliche relativa al beneficiario;
3. estratto dell'atto di nascita del beneficiario;
4. ricevuta di pagamento telematico dei diritti di cancelleria pari ad € 27,00 da effettuarsi tramite la piattaforma pagoPA, accedendo al Portale dei Servizi Telematici (utenti non registrati).