



V25
Aggiornato
maggio 2022

TRIBUNALE ORDINARIO DI SONDRIO

Richiesta chiusura Amministrazione di Sostegno

AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO N°

COGNOME E NOME BENEFICIARIO

Al Sig. Giudice Tutelare presso il Tribunale di Sondrio

Il sottoscritto,

DATI ANAGRAFICI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA
(Città, Via/Piazza, n° civico, CAP)

CODICE FISCALE

NUMERO TELEFONICO

EMAIL

nella sua qualità di amministratore di sostegno di:

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA
(Via/Piazza, n° civico, Città, Cap)

DOMICILIO
(Solo se diverso dalla residenza)

Deposita conto finale e certificato di morte del beneficiario e

CHIEDE

la chiusura dell'amministrazione di sostegno.

Sondrio, _____

Firma
