



TRIBUNALE ORDINARIO DI SONDRIO

V3

Aggiornato
Marzo 2025

Istanza di nomina di amministratore di sostegno con richiesta di emissione di provvedimento di urgenza

Il/La/I sottoscritto/a/i

DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE	RICORRENTE 1	RICORRENTE 2	RICORRENTE 3
COGNOME			
NOME			
DATA E LUOGO DI NASCITA			
RESIDENZA (Città)			
Via/Piazza, n° civico, CAP			
CODICE FISCALE			
NUMERO TELEFONICO			
EMAIL			
IN QUALITA' DI (grado di parentela):			

SEGNALANO CHE

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)	

- il/la signor/a _____ come risulta dalla certificazione medica che si allega, è affetto/a da (specificare patologia):

- tale patologia lo pone nell'impossibilità:

Totale **Parziale**

Temporanea **Permanente**

- di provvedere ai propri interessi a causa di:

Infermità fisica

Infermità psichica

Producono le seguenti certificazioni mediche:

**CHIEDONO LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO CON
PROVVEDIMENTO DI URGENZA**

A tempo indeterminato

A tempo determinato

L'urgenza si ritiene giustificata dai seguenti motivi

per il compimento dei seguenti atti determinati:

Indicano il nominativo della persona disposta ad assumere l'incarico di amministratore di sostegno:

<i>COGNOME E NOME</i>	<input type="text"/>
<i>DATA E LUOGO DI NASCITA</i>	<input type="text"/>
<i>RESIDENZA</i> <i>(Via/Piazza,n° civico, Città, Cap)</i>	<input type="text"/>
<i>DOMICILIO</i> <i>(Solo se diverso dalla residenza)</i>	<input type="text"/>
<i>TELEFONO</i>	<input type="text"/>
<i>EMAIL</i>	<input type="text"/>

Indicano il nominativo dei parenti del beneficiario ed il grado di parentela:

Risorse proprie del beneficiario

Si chiede l'efficacia immediata, ai sensi dell'art. 741 c.p.c.

Sondrio, _____

FIRME

DOCUMENTI DA ALLEGARE E DIRITTI DOVUTI

1. *Atto integrale di nascita del/della beneficiario/a;*
2. *Certificato di residenza attuale del/della beneficiario/a;*
3. *Certificato storico di stato di famiglia del/della beneficiario/a;*
4. *Attestazione medico sanitaria sulle condizioni di salute del/della beneficiario/a;*
5. *Fotocopia della carta di identità e codice fiscale di chi sottoscrive il ricorso;*
6. *Eventuale dichiarazione di adesione al ricorso per ADS sottoscritto dai parenti indicati (Mod. V42)*
7. *Attestazione pagamento telematico pagoPA di euro 27,00 (esente da contributo unificato);*
8. *Attestazione pagamento telematico pagoPA diritti di copia di euro 11,80 per ritiro copia autentica decreto di nomina.*