



TRIBUNALE ORDINARIO DI LUCCA

RICORSO PER LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO AI FINI DEL CONSENSO AI TRATTAMENTI SANITARI

Il/La sottoscritto/a

DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA

CODICE FISCALE

NUMERO TELEFONICO

EMAIL

In qualità di:

- coniuge non separato legalmente
- convivente stabile
- padre o madre
- figlio/a
- fratello/sorella
- altro parente (entro il quarto grado: nonno, bisnonno, nipote, pronipote, zio, cugino)
- suocero o cognato
- altro _____

DATI ANAGRAFICI DEL BENEFICIARIO

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA

DOMICILIO

Se diverso dalla residenza

PREMESSO CHE

- come risulta dalla certificazione medica che si allega, il/la beneficiario/a è ricoverato/a presso

-
-
- a causa della seguente patologia
-
-
-

si trova in condizione di impossibilità

- Totale** **Parziale**
- Temporanea** **Permanente**

di validamente esprimere il proprio consenso ai trattamenti sanitari, che devono essere praticati in suo favore e nel suo interesse;

- si rende necessario conseguentemente provvedere alla nomina di un Amministratore di Sostegno con il potere di dare tutti i consensi, in nome e per conto del beneficiario/a, che si rendessero necessari alla cura dello stesso e per tutto il tempo cui il medesimo rimarrà ricoverato presso l'istituto ovvero in altri luoghi

CHIEDE

Che la S.V. voglia nominare un A.D.S. in favore di

Si chiede che la nomina avvenga a tempo:

- Indeterminato** **Determinato**

PROSSIMI CONGIUNTI DEL BENEFICIARIO (escluso il richiedente)

Specificare generalità e domicilio del coniuge e dei parenti prossimi. In assenza di questi indicare i dati dei discendenti, degli ascendenti, dei fratelli, parenti entro il IV grado del beneficiario, nonché dei conviventi della persona per la quale si richiede la nomina:

	GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME E	INDIRIZZO <i>(Via/Piazza, n° civico,</i>	TELEFONO/FAX/ EMAIL
<i>1</i>				

	GRADO DI PARENTELA	NOME E COGNOME E	INDIRIZZO <i>(Via/Piazza, n° civico,</i>	TELEFONO/FAX/ EMAIL
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Si precisa infine che ha dato la propria disponibilità a ricoprire l'incarico di A.D.S. il/la sig./ra:

COGNOME E NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA

NUMERO TELEFONO/FAX

EMAIL

Lucca, _____

FIRMA _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE E DIRITTI DOVUTI

1. *Certificato di nascita del beneficiario;*
2. *Certificato di residenza attuale del beneficiario;*
3. *Attestazione medico sanitaria sulle condizioni di salute del beneficiario;*
4. *Fotocopia della carta di identità di chi sottoscrive il ricorso.*