

TRIBUNALE DI ASTI

**UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

**ISTANZA PER LA REVOCA DELL’AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO ART. 413 COMMA 1 COD.CIV.**

R.G. V.G. ……………………../…………... ………………………………………

Il sottoscritto (*Nome e Cognome)*: ............................................................................................................................

C.F.: ..........................................................................................................................................................................

nato a.............................................................................. il........................................................................................

residente a .................................................................................................................................................................

in via .........................................................................................................................................................................

tel. ................. ..........................................................fax .............................mail ......................................................

professione svolta: ....................................................................................................................................................

nella sua qualità di :

1. Persona beneficiaria
2. Amministratore di sostegno del beneficiario
3. Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria
4. Parente entro il quarto grado, ovvero: (es. madre)
5. Affine entro il secondo grado, ovvero: (es. marito della sorella)
6. Pubblico Ministero
7. Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna la **revoca** della Amministrazione di sostegno.

CHIEDE

ai sensi degli artt. 413 comma 1 sg. cod. civ. (legge 9 gennaio 2004, n. 6)

LA REVOCA DELL’AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO

**GIÀ PENDENTE IN FAVORE DI:**

NOME ..................................................................................................................................................................

COGNOME ...........................................................................................................................................................

C.F. .....................................................................................................................................................................

NATO A ................................................... IL .......................................................................................................

RESIDENTE A ......................................................................................................................................................

IN VIA ..................................................................................................................................................................

DIMORA ABITUALE: ......................................................................................................................................

luogo in cui il beneficiario ha la sede stabile dei suoi affetti ed interessi: da indicare qualora sia diversa dalla residenza o dal domicilio (es.: presso la Casa di Cura sita in…../ presso un parente ).

**SPECIFICARE LE RAGIONI PER CUI SI CHIEDE LA REVOCA**

(ai sensi dell’art. 413 comma 1 c.c., l’istanza deve essere “***motivata***”, altrimenti è suscettibile di rigetto.

Altresì il Giudice può revocare la nomina anche d’ufficio: art. 413 comma 4 c.c.):

**SI SONO DETERMINATI I PRESUPPOSTI PER LA CESSAZIONE DELLA A.D.S., PER I MOTIVI CHE SEGUONO:**

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

.............................................................................................................................. **L’AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO È RISULTATA INIDONEA A REALIZZARE LA PIENA TUTELA DEL BENEFICIARIO, PER I SEGUENTI MOTIVI:**

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

**(EVENTUALE INTEGRAZIONE)**

Il richiedente **PROPONE** i seguenti mezzi istruttori e/o l’acquisizione delle seguenti informazioni (ex art. 413 c.c.) ad ulteriore fondamento della domanda di **revoca**:

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

**ALLEGA** (documenti utili – in specie, certificati medici, relazioni cliniche, perizie….)**:**

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

**Luogo e data FIRMA (leggibile)**