

Amministrazione di sostegno – Sostituzione dell'amministratore di sostegnoProcedura n. /

Il sottoscritto:

DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)	
CODICE FISCALE	
NUMERO TELEFONICO/FAX	
EMAIL	

nella sua qualità di:

- ☐ Persona beneficiaria
- ☐ Amministratore di sostegno del beneficiario
- ☐ Persona stabilmente convivente con la persona beneficiaria
- ☐ Parente entro il quarto grado, ovvero: (es. madre)
- ☐ Affine entro il secondo grado, ovvero: (es. marito della sorella)
- ☐ Pubblico Ministero
- ☐ Responsabile dei Servizi socio-sanitari impegnati nella cura e assistenza del beneficiario, siccome a conoscenza dei fatti che rendono opportuna la sostituzione dell'amministratore di sostegno.

Chiede

la sostituzione dell'amministratore di sostegno:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)	
CODICE FISCALE	
NUMERO TELEFONICO/FAX	
EMAIL	

Nominato in favore di:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)	
DIMORA ABITUALE	
CODICE FISCALE	
NUMERO TELEFONICO/FAX	
EMAIL	

E propone, in sostituzione, la persona sotto indicata:

COGNOME E NOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA (Città, Via/Piazza, n°civico, CAP)	
CODICE FISCALE	
NUMERO TELEFONICO/FAX	
EMAIL	

Per le seguenti ragioni (ai sensi dell'art. 413 comma 1 c.c., l'istanza deve essere "*motivata*", altrimenti è suscettibile di rigetto):

--

Con efficacia immediata ex art. 741 c.p.c.

Allega

- Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale del ricorrente

Verona, lì / /

Firma