ISTANZA PER LA REVOCA DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
ART. 413 COMMA 1 COD.CIV.

TRIBUNALE DI ORISTANO UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE

Il sottoscritto (*Nome e Cognome)*: .....
C.F.: .....
nato a..... il.....
residente a .....
in via .....
tel. ....fax .....mail .....
professione svolta: .....
indirizzo mail _____

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)**

- estratti conto bancari

L'istanza può essere inviata anche via mail come atto allegato in formato PDF all'indirizzo**:**

volgiurisdizione.tribunale.oristano@giustizia.it