

SERVIZIO AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

LISTA DOCUMENTI NECESSARI PER LA PREDISPOSIZIONE DEL RICORSO PER LA NOMINA DELL'AdS

- ❑ **BENEFICIARIO:** copia documento d'identità, copia estratto di nascita, copia codice fiscale, copia certificato di residenza, certificato di stato di famiglia, certificato storico di famiglia del Beneficiario/a (dal momento del matrimonio se coniugato o dalla data di nascita se nubile o celibe) (i certificati in carta semplice uso ads, non possono essere sostituiti con autocertificazioni), certificato medico che attesti l'impossibilità per il beneficiario di presenziare in Tribunale (il Giudice, a sua discrezione, potrà recarsi c/o il domicilio del beneficiario)
- ❑ **RICHIEDENTE:** copia documento d'identità, copia codice fiscale, certificato che attesti il grado di parentela con il beneficiario (qualora non risulti dallo storico di famiglia) copia certificato di residenza in carta semplice;
- ❑ **DATI dei Parenti** (risultanti dallo storico di famiglia) **certificato di residenza in carta semplice, dichiarazione di non opposizione al ricorso** (la dichiarazione se firmata evita di procedere alla notifica);
- ❑ **Elenco beni mobili intestati o cointestati al beneficiario:** esempio copia documentazione relativa a c/c bancari e postali, libretti, investimenti in genere, buoni fruttiferi, assicurazioni, ecc. con un saldo recente);
- ❑ **Elenco beni immobili posseduti dal beneficiario:** copia visura catastale dell'Agenzia Territorio o eventuali contratti di compravendita e/o donazione (il nostro ufficio può provvedere a fornire la visura catastale);
- ❑ **Libretti autoveicoli intestati al beneficiario**
- ❑ **Copia documentazione che attesti tutti i REDDITI percepiti dal Beneficiario/a** (certificati delle pensioni con numero ed importo, eventuali pensioni estere, canoni affitto percepiti, rendite e contributi vari);
- ❑ **Copia documentazione medica attestante le condizioni di salute** (copia verbale di accertamento invalidità del Beneficiario/a o certificati medici).
- ❑ **Dichiarazione dell'Istituto che ospita il beneficiario** (se ricoverato in casa di riposo)

PER AVVIARE LA PRATICA E RICEVERE LE OPPORTUNE INFORMAZIONI RIVOLGERSI PRESSO GLI UFFICI DEL CAAF CGIL PREVIO APPUNTAMENTO – tel. 0422 4091 tasto 2

All'atto della consegna della documentazione sopra indicata, verrà richiesto parte del corrispettivo dovuto. È possibile effettuare il pagamento con bancomat/carte di credito/contanti/assegni

DICHIARAZIONE DI NON OPPOSIZIONE

Il sottoscritto:

Nome: _____ Cognome: _____

Nato a: _____ prov. (____) il __ / __ / _____

Residente a: _____ Prov. (____)

in via _____ Telefono: _____

Cellulare: _____

in qualità di

- Padre o Madre
- Figlio/Figlia
- Coniuge
- Convivente stabile
- Fratello/Sorella
- Nipote (*se Fratello/Sorella premorti*)

Dichiara

di essere a conoscenza della pendenza del procedimento per la nomina di amministratore di sostegno individuato nella persona di _____

a favore di _____

e nulla oppone.

Allega fotocopia del documento d'identità.

In fede,

Luogo, data

Firma