**V.G. n.** [*numero*] / [*anno*] [*eventualmente ex Tribunale di Acqui Terme* / *ex Tribunale di Tortona*]

**TRIBUNALE DI ALESSANDRIA**

UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE

- Relazione Iniziale -

L’amministratore di sostegno, **Sig. [*nome*] [*cognome*]** (di seguito, l’“amministratore di sostegno”) (C.F. [*codice fiscale*]), nato a [*luogo di nascita*], il [*data di nascita*], residente in [*Comune*], via [*via*], n. [*numero*]/[*interno*], numero di telefono [*numero di telefono*], indirizzo e-mail [*indirizzo e-mail, preferibilmente PEC*], precisato che l’amministratore di sostegno [*non è parente del beneficiario, oppure indicare il grado di parentela, es. “è il figlio”*] del beneficiario,

**Sig. [*nome*] [*cognome*]** (di seguito, “il beneficiario”) (C.F. [*codice fiscale*]), nato a [*luogo di nascita*], il [*data di nascita*], residente in [*Comune*], via [*via*], n. [*numero*]/[*interno*],

precisato che l’amministratore di sostegno è stato nominato con decreto in data [*data del decreto di nomina*] e ha prestato giuramento in data [*data del giuramento*],

dichiara

sulle condizioni di vita e di salute del beneficiario

che il beneficiario attualmente vive [*indicare se il beneficiario vive solo o con altri*] in [*Comune*], via [*via*], n. [*numero*]/[*interno*] [*eventualmente indicare la struttura/ospedale presso cui vive il beneficiario*],

che il beneficiario è assistito da [*indicare chi si prende cura del beneficiario e gli orari di eventuali badanti/colf, specificando se dette badanti/colf siano assunte in regola*],

che il medico di base del beneficiario è il Dott. [*nome*] [*cognome*], con studio in [*Comune*], numero di telefono [*numero di telefono*],

sui beni mobili del beneficiario

|  |  |
| --- | --- |
| Saldo del conto corrente/libretto postale n. [*n. conto corrente*] presso [*banca*] filiale di [*Comune*], intestato al solo beneficiario / cointestato con il Sig. [*nome*] [*cognome*] | Euro |
| Saldo del conto corrente/libretto postale n. [*n. conto corrente*] presso [*banca*] filiale di [*Comune*], intestato al solo beneficiario / cointestato con il Sig. [*nome*] [*cognome*] | Euro |
| Conto deposito titoli n. [*n. conto deposito titoli*] presso [*banca*] filiale di [*Comune*], intestato al solo beneficiario / cointestato con il Sig. [*nome*] [*cognome*] | Euro |
| Conto deposito titoli n. [*n. conto deposito titoli*] presso [*banca*] filiale di [*Comune*], intestato al solo beneficiario / cointestato con il Sig. [*nome*] [*cognome*] | Euro |
| N. [*quantità dei titoli*] di [*tipo di titoli, es. “azioni”, “buoni fruttiferi”*] dell’emittente [*emittente*] | Controvalore Euro |
| N. [*quantità dei titoli*] di [*tipo di titoli, es. “azioni”, “buoni fruttiferi”*] dell’emittente [*emittente*] | Controvalore Euro |
| Polizza assicurativa n. [*n. polizza assicurativa*] presso [*compagnia assicurativa*] | Controvalore Euro |
| Polizza assicurativa n. [*n. polizza assicurativa*] presso [*compagnia assicurativa*] | Controvalore Euro |
| Oggetto [*se di valore superiore a Euro 10.000,00*] | Controvalore Euro |
| Oggetto [*se di valore superiore a Euro 10.000,00*] | Controvalore Euro |
| Totale | Euro |

L’amministratore di sostegno si impegna a chiudere eventuali conti cointestati e a trasferire le somme di competenza del beneficiario su un conto intestato solamente a quest’ultimo, entro e non oltre 45 giorni dal deposito della presente relazione iniziale.

sui beni mobili registrati del beneficiario

|  |  |
| --- | --- |
| [*Tipo di veicolo*], targa [*numero*] | In proprietà del beneficiario per il [*percentuale*]% |
| [*Tipo di veicolo*], targa [*numero*] | In proprietà del beneficiario per il [*percentuale*]% |

L’amministratore di sostegno dichiara che il beneficiario non guida personalmente alcun veicolo a motore [oppure “*l’amministratore di sostegno allega alla presente relazione iniziale copia del certificato medico, rilasciato dalla ASL competente non oltre 3 anni prima della data del deposito della presente relazione iniziale, attestante la possibilità, per il beneficiario, di guidare personalmente veicoli a motore senza rischi per la propria e altrui incolumità superiori a quelli normalmente propri di tale attività, dichiarando che, dalla data del certificato medico allegato, non ha notato alcun significativo peggioramento delle condizioni del beneficiario*”].

sui beni immobili del beneficiario

|  |
| --- |
| Fabbricato ad uso [*abitativo / commerciale*], sito in [*Comune*], via [*via*], n. [*numero*]/[*interno*], in proprietà del beneficiario per il [*percentuale*]% |
| Fabbricato ad uso [*abitativo / commerciale*], sito in [*Comune*], via [*via*], n. [*numero*]/[*interno*], in proprietà del beneficiario per il [*percentuale*]% |
| Terreno, censito in [*Comune*] *sub* foglio [*numero*], mappale [*numero*], particella [*numero*], in proprietà del beneficiario per il [*percentuale*]% |
| Terreno, censito in [*Comune*] *sub* foglio [*numero*], mappale [*numero*], particella [*numero*], in proprietà del beneficiario per il [*percentuale*]% |

sulle entrate del beneficiario

|  |  |
| --- | --- |
| Pensione/retribuzione, corrisposta da [*ente / datore di lavoro*], al netto delle imposte | Euro |
| Pensione/retribuzione, corrisposta da [*ente / datore di lavoro*], al netto delle imposte | Euro |
| Rimborsi/conguagli da parte di [*soggetto erogatore*] | Euro |
| Sommatoria degli utili derivanti da investimenti | Euro |
| Sommatoria dei redditi da affitti/locazioni | Euro |
| Altri redditi [*indicarne la natura*], esclusi i redditi dominicali sugli immobili | Euro |
| Totale | Euro |

sulle uscite del beneficiario

|  |  |
| --- | --- |
| Rette della struttura che ospita il beneficiario | Euro |
| Spese per badanti/colf | Euro |
| Spese per il vitto/l’alloggio del beneficiario | Euro |
| Spese mediche | Euro |
| Spese condominiali riferite all’immobile in [*Comune*], via [*via*], n. [*numero*]/[*interno*], attribuite per la quota di titolarità del beneficiario pari a [*percentuale*] % | Euro |
| Spese condominiali riferite all’immobile in [*Comune*], via [*via*], n. [*numero*]/[*interno*], attribuite per la quota di titolarità del beneficiario pari a [*percentuale*] % | Euro |
| Totale | Euro |

L’amministratore di sostegno dichiara che l’eventuale personale che svolge attività di assistenza nei confronti del beneficiario presta la propria attività in regola con la vigente normativa tributaria e lavoristica.

sulle spese straordinarie del beneficiario

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Data del decreto di autorizzazione | Causale | Creditore |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

L’amministratore di sostegno dichiara di non aver ricevuto alcuna somma dal beneficiario nel periodo cui si riferisce la presente relazione iniziale [oppure *“di aver indicato, nella presente tabella, tutte le somme ricevute dal beneficiario, inserendo “ADS” nella colonna per l’indicazione del creditore”*].

L’amministratore di sostegno dichiara che, nel periodo cui si riferisce la presente relazione iniziale, non vi sono stati esborsi del beneficiario superiori a Euro 1.000,00 che non siano stati indicati nella presente tabella o nelle precedenti tabelle.

situazioni particolari da segnalare

(testo libero di non oltre 450 parole)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’amministratore di sostegno è consapevole del fatto che la presente relazione iniziale deve essere interamente redatta mediante *computer* ed essere solo firmata “a mano”, salvo che si tratti di un soggetto che si è vincolato a trasmettere i propri atti al Tribunale in modalità telematica, il quale apporrà anche la firma in modalità telematica.

L’amministratore di sostegno dovrà inserire le informazioni corrette al posto delle indicazioni di riempimento fornite tra le parentesi quadre (“[…]”), cancellando poi tali indicazioni di riempimento, nonché riempire, laddove necessario, le righe di ciascuna tabella, eventualmente inserendo ulteriori righe laddove necessario. L’amministratore di sostegno inserirà ogni ulteriore informazione ritenuta necessaria, con modalità redazionali libere, solo all’interno della sezione “*situazioni particolari da segnalare*” della presente relazione iniziale, non superando le 450 parole.

L’amministratore di sostegno dichiara che la presente relazione iniziale non contiene istanze al Giudice Tutelare.

Si allega:

1. estratti conto bancari/postali, con i movimenti effettuati nell’intero periodo cui si riferisce la presente relazione iniziale;
2. copia del libretto bancario/postale, con i movimenti effettuati nell’intero periodo cui si riferisce la presente relazione iniziale;
3. copia delle buste paga relative alle retribuzioni corrisposte a badanti/colf nel periodo cui si riferisce la presente relazione iniziale;
4. copia dei versamenti relativi ai contributi previdenziali corrisposti per badanti/colf nel periodo cui si riferisce la presente relazione iniziale;
5. copia delle ricevute della struttura in cui è ricoverato il beneficiario relative ai pagamenti effettuati nel periodo cui si riferisce la presente relazione iniziale;
6. certificato del medico di base/specialista sulle condizioni di salute del beneficiario;
7. [*altro*].

[*Luogo*], [*data*]

[*firma dell’amministratore di sostegno*]