



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

**TRIBUNALE DI  
SEZIONE IX CIVILE – UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

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 l'apertura della Amministrazione di sostegno. |

**CHIEDE**

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

**LA SOSTITUZIONE DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:**

NOME	.....
COGNOME	.....
C.F.	.....
NATO A	..... IL .....
RESIDENTE A	.....
IN VIA	.....
TEL	.....
FAX	.....
MAIL	.....

