



**TRIBUNALE DI ROMA
NONA SEZIONE CIVILE
UFFICIO DEL GIUDICE TUTELARE**

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

R.G. V.G. / Giudice Tutelare Dott.

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 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.
Altrimenti 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)