

Il/la sottoscritto/a

Tel.

Responsabile del servizio sanitario

Responsabile del servizio sociale

SEGNALA CHE

nato/a a

il

paternità

maternità

e residente in

via

E' PRIVO IN TUTTO O IN PARTE DI AUTONOMIA NELL'ESPLETAMENTO DELLE FUNZIONI DELLA VITA QUOTIDIANA, ED HA NECESSITA' DI INTERVENTI DI SOSTEGNO PER:

- INFERMITA' FISICA
 INFERMITA' PSICHICA

PRODUCE LE SEGUENTI CERTIFICAZIONI MEDICHE:

1)

2)

3)

4)

CHIEDE LA NOMINA DI UN AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato

per la cura della persona e per l'amministrazione del suo patrimonio

e propone per tale incarico il seguente nominativo

NOME

COGNOME

RAPPORTO DI PARENTELA

INDICA DI SEGUITO I NOMINATIVI

DEL CONIUGE

DEL CONVIVENTE

DEGLI ASCENDENTI

DEI DISCENDENTI

DEI FRATELLI E SORELLE o ALTRI PARENTI ENTRO IL QUARTO GRADO:

DEI PARENTI DEL CONIUGE DEL BENEFICIARIO ENTRO IL SECONDO GRADO:

REGGIO CALABRIA,

(firma del richiedente)