

AL GIUDICE TUTELARE  
PRESSO IL TRIBUNALE DI PESCARA  
(da inviare esclusivamente a mezzo PEC)

[volgiurisdizione.tribunale.pescara@giustiziacert.it](mailto:volgiurisdizione.tribunale.pescara@giustiziacert.it)

SEGNALAZIONE PER NOMINA IN VIA URGENTE E PROVVISORIA  
DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_ in qualità di  
**Responsabile/Dirigente Medico dell'U.O. di \_\_\_\_\_** della **ASL di**  
**Pescara**, del Presidio Ospedaliero di  **Pescara**  **Penne**  **Popoli** dove  
attualmente è degente il/la paziente

Sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente nel Comune di  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_ con dimora  
abituale c/o \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
recapiti \_\_\_\_\_ (allegare documento d'identità)

SEGNALA

La necessità di nominare con **urgenza** un Amministratore di Sostegno (AdS) **provvisorio** per la persona suindicata.  
A tal fine si evidenzia che:

Come risulta dalla documentazione clinica che si **allega**, detta persona è affetta dalle seguenti patologie/infermità:

---

---

---

---

La situazione rende pertanto necessaria la nomina di un AdS che la rappresenti o assista nelle questioni inerenti la cura della sua persona e dei suoi interessi anche economici, negli atti sotto elencati:

*(gli atti richiesti in urgenza devono essere puramente sanitari o finalizzati a favorire le dimissioni ospedaliere complesse)*

- Presentazione del consenso informato per cure e trattamenti sanitari che si rendessero necessari per la salute del degente;

- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Modulo urgente Area Sanitaria – All. n. 1 Protocollo**

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

**E' persona disponibile a ricoprire l'incarico di AdS il/la sig./sig.ra:**  
\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in  
via \_\_\_\_\_  
Recapiti \_\_\_\_\_  
Documento di identità num. (da allegare) \_\_\_\_\_

**Non si dispone di alcun nominativo di persona idonea e disponibile da segnalare al Giudice Tutelare.**

**Allegati:**

- Relazione clinica (con eventuale referto psichiatrico);
- Copia documento di identità del beneficiando;
- Copia documento di identità di eventuale persona disponibile ad essere nominata AdS;
- Relazione sociale contenente l'elenco dei parenti fino al 4° grado, con allegazione di eventuali loro dichiarazioni di adesione alla richiesta di nomina di AdS.

**Luogo e data**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma**

\_\_\_\_\_