

TRIBUNALE DI UDINE
Largo Ospedale Vecchio, 1
Ufficio del Giudice Tutelare

Io Sottoscritt___,

Nome e cognome	Nato a	il
_____	_____	_____
C.F.	Residente a	Prov.
_____	_____	_____
Via	n.	CAP
_____	_____	_____
E-mail	Tel.	Cell.
_____	_____	_____

con la presente dichiaro di essere stato/a informata/o da _____
del ricorso per la nomina di Amministratore di Sostegno a favore di
_____ e della data di fissazione della prima udienza, in cui è
richiesta la mia presenza.

(Nel caso non fosse possibile per il convocato essere presente in udienza DEVE essere compilata anche la parte sottostante)

Il sottoscritto dichiara di non poter essere presente nella data indicata a causa di

In riferimento alla nomina di un Amministratore di Sostegno per _____, il sottoscritto/a
esprime le seguenti osservazioni:

-

-

Si allega copia del documento di identità.

Data

Firma
