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

Io Sottoscritta/o,

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 _____ 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