



**UNIONE DEI COMUNI DEL
SARRABUS**
- Provincia Sud Sardegna
Ufficio di Piano Ambito Plus Sarrabus Gerrei

MODULO DI DOMANDA
RIMBORSO PER LE SPESE SOSTENUTE DALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
Fondo Legge Regionale n. 24/2018 art. 2 comma 1, lett. e) e lett. f)

ANNUALITÀ 2020 e 2021

All'Unione dei Comuni del Sarrabus
Ufficio di Piano Ambito PLUS Sarrabus Gerrei

protocollounionecomunisarrabus@pec.comunas.it

OGGETTO: Domanda di Rimborso per le spese sostenute dall'Amministratore di Sostegno. L.R. 24/2018. Annualità 2020 e 2021.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ Prov. _____ residente a _____ in
Via/Piazza _____ n. _____ (Prov.) _____ (CAP) _____ Codice
Fiscale _____ Recapito telefonico _____
mail _____ pec _____

IN QUALITÀ DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO DELLA PERSONA DI SEGUITO INDICATA

COGNOME _____ NOME _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente a _____ in Via/Piazza _____
n. _____ (Prov.) _____ (CAP) _____ Codice Fiscale _____
Recapito telefonico _____ mail _____ pec _____

CHIEDE

la concessione del rimborso previsto per i costi sostenuti negli anni 2020 e 2021 relativi a:

- spese sostenute secondo il criterio dell'equa indennità previsto dall'articolo 379 del codice civile;
- gli oneri sostenuti per la stipulazione di polizze assicurative contratte per la responsabilità civile connessa con l'incarico ricoperto.

A tal fine ai sensi dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre n. 445 consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso D.P.R. per i casi di dichiarazioni non veritiere, di informazione o uso di atto



**UNIONE DEI COMUNI DEL
SARRABUS**
- Provincia Sud Sardegna
Ufficio di Piano Ambito Plus Sarrabus Gerrei

falsi

DICHIARA

- di essere stato nominato/a Amministratore di Sostegno con Decreto n. _____ del _____ emesso dal Tribunale Civile di _____
- che la persona amministrata risiede nel Comune di _____ appartenente all'Ambito PLUS Sarrabus Gerrei;
- di non aver percepito alcuna indennità e/o rimborso per la medesima pratica in riferimento allo stesso periodo dal Tribunale competente o da altri Enti Pubblici o Privati;
- di non essere legato al beneficiario da rapporti di coniugio, di unione civile, di convivenza di fatto, ovvero di non essere un parente entro il quarto grado o a un affine entro il secondo grado del beneficiario.

CHIEDE che il rimborso venga effettuato con la seguente modalità:

Accreditamento sul conto corrente postale/ bancario n. _____
Banca/Poste _____
Intestato a _____
Codice IBAN _____

ALLEGA alla presente:

- copia documento d'identità del richiedente e del beneficiario in corso di validità;
- copia del Decreto di nomina dell' Amministratore di sostegno
- copia del provvedimento del Giudice Tutelare nel quale si dichiara che, data l'inconsistenza del patrimonio del beneficiario, non viene riconosciuto alcun rimborso all'amministratore di sostegno;
- copia delle pezze giustificative dei costi sostenuti e delle relative quietanze relative:
 - all'anno 2020
 - all'anno 2021;
- copia della polizza di assicurazione e ricevuta quietanza premio relativa:
 - all'anno 2020
 - all'anno 2021;
- copia del codice fiscale e coordinate bancarie IBAN.

Data e Luogo _____

Firma leggibile
