



Ambito PLUS di Sassari, Porto Torres, Sorso, Stintino

**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

**AL COMUNE DI SASSARI
SETTORE POLITICHE, SERVIZI E COESIONE SOCIALE
VIA ZARA, 2
07100 SASSARI
protocollo@pec.comune.sassari.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 _____

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 _____

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 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 al Plus di Sassari;
- 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 codice fiscale e coordinate bancarie IBAN.

Data e Luogo _____

Firma
