

DOMANDA DI RIMBORSO PER LE SPESE SOSTENUTE DALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**FONDO L.R. N. 24/2018 ART. 2 co.1 Lett. e) e Lett. f)
ANNUALITÀ 2020 - 2021**

**All'Ufficio di Piano del PLUS
Comune di Nuoro
Via Dante n° 44
08100 Nuoro**

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

Il/La sottoscritto/a _____
Cod. Fisc. (_____) nato/a il _____
a _____ Prov. _____,
residente in _____ (Prov.) _____ (CAP) _____
Recapito telefonico _____ mail _____

IN QUALITÀ DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

di _____ nato a _____ il _____
residente nel Comune di _____ (Prov.) _____ (cap) _____
in Via _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

la concessione del rimborso previsto per i costi sostenuti nell'anno 2020-2021 relativo a:

- spese sostenute secondo il criterio dell'equa indennità previsto dall'articolo 379 del codice civile;
- oneri sostenuti per la stipulazione di polizze assicurative contratte per la responsabilità civile derivante agli amministratori di sostegno in ragione della loro funzione.

A TAL FINE

ai sensi di quanto previsto dagli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dal beneficio ottenuto sulla base di dichiarazioni non veritiere prevista dall'articolo 75 del citato D.P.R.,

DICHIARA

1. Di essere stato nominato/a Amministratore di Sostegno con Decreto n. _____ del _____ emesso dal Tribunale Civile di _____
2. Che il beneficiario risiede nel Comune di _____ appartenente al Plus Distretto Socio Sanitario di Nuoro;
3. 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;
4. 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.

Allega alla presente:

- copia del Decreto di nomina;
- copia delle pezze giustificative dei costi sostenuti e delle relative quietanze
- copia della Polizza di Assicurazione e ricevuta quietanza premio;
- copia documento d'identità del richiedente in corso di validità;
- copia codice fiscale e estremi coordinate bancarie IBAN.

CHIEDE inoltre che il rimborso venga effettuato con la seguente modalità:

Accreditamento sul conto corrente postale/ bancario n.....

Banca/Poste

Intestato a

Codice IBAN

Data e Luogo

Firma del dichiarante

Dichiara inoltre

- di essere informato/a che i dati forniti sono indispensabili per l'istruttoria della pratica e saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, che include il trattamento informatico dei dati forniti, la trasmissione a terzi
- di aver preso visione dell'informativa ai sensi del *GDPR n. 679/2016UE* 2016/679.

Data e Luogo

Firma
