

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 2022

Alla Responsabile del PLUS

**Comune di Bonorva
Piazza Santa Maria
07012 Bonorva (SS)**

OGGETTO: Domanda di Rimborso per le spese sostenute dall'Amministratore di Sostegno. L.R. 24/2018 Annualità 2022

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 2022 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 Alghero;
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