

- Oneri sostenuti per la stipulazione di polizze assicurative contratte per la responsabilità civile connessa con l'incarico ricoperto

Compagnia assicurativa		
Oggetto polizza assicurativa		
Numero polizza assicurativa	Data polizza assicurativa	Data polizza assicurativa
Compagnia assicurativa		
Oggetto polizza assicurativa		
Numero polizza assicurativa	Data polizza assicurativa	Data polizza assicurativa
Compagnia assicurativa		
Oggetto polizza assicurativa		
Numero polizza assicurativa	Data polizza assicurativa	Data polizza assicurativa

- Rimborso spese di viaggio per l'utilizzo del mezzo proprio

<input type="checkbox"/> Viaggio n. 01 <i>(indicare motivazione)</i>		
<input type="radio"/> Visita medica		
<input type="radio"/> Altro		
Specificare		
Tipologia del viaggio		
<input type="radio"/> Viaggio di sola andata		
<input type="radio"/> Viaggio andata e ritorno		
Località di partenza	Località di arrivo	Km percorsi
<input type="checkbox"/> Viaggio n. 02 <i>(indicare motivazione)</i>		
<input type="radio"/> Visita medica		
<input type="radio"/> Altro		
Specificare		
Tipologia del viaggio		
<input type="radio"/> Viaggio di sola andata		
<input type="radio"/> Viaggio andata e ritorno		
Località di partenza	Località di arrivo	Km percorsi

Viaggio n. 03

(indicare motivazione)

Visita medica

Altro

Specificare

Tipologia del viaggio

Viaggio di sola andata

Viaggio andata e ritorno

Località di partenza

Località di arrivo

Km percorsi

Viaggio n. 04

(indicare motivazione)

Visita medica

Altro

Specificare

Tipologia del viaggio

Viaggio di sola andata

Viaggio andata e ritorno

Località di partenza

Località di arrivo

Km percorsi

Viaggio n. 05

(indicare motivazione)

Visita medica

Altro

Specificare

Tipologia del viaggio

Viaggio di sola andata

Viaggio andata e ritorno

Località di partenza

Località di arrivo

Km percorsi

Viaggio n. 06

(indicare motivazione)

Visita medica

Altro

Specificare

Tipologia del viaggio

Viaggio di sola andata

Viaggio andata e ritorno

Località di partenza

Località di arrivo

Km percorsi

Altre spese

Motivazione della Spesa	Data spesa	Importo Spesa €

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere stato nominato/a Amministratore di Sostegno

Decreto di nomina n.	Data Decreto	Emesso dal Tribunale Civile di

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 un affine entro il secondo grado del beneficiario

di non essere amministratore pubblico locale (Sindaco, Assessore, ecc.) nell'esercizio delle sue funzioni elettive

con la seguente modalità di riscossione

Modalità di riscossione

riscossione diretta presso lo sportello della tesoreria dell'ente
(se previsto)

riscossione tramite accredito sul c/c postale o bancario
(se previsto)

IBAN

Intestatario

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- copia delle ricevute di pagamento
- copia certificazione della struttura ove ci si è recati
- copia decreto di nomina ad Amministratore di sostegno
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Guspini

Luogo

Data

il dichiarante