Amministrazione destinataria

Comune di Guspini

Ufficio destinatario

Ufficio servizio sociale professionale

Richiesta rimborso delle spese sostenute dall'Amministratore di Sostegno

Il sottoscritto Amministratore di sostegno

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Persona amministrata

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione del rimborso previsto per i costi sostenuti nell'anno 2023 relativi a

☐ Spese sostenute secondo il criterio dell'equa indennità previsto dall'articolo 379 del Codice Civile

Motivazione della Spesa	Data spesa	Importo Spesa €

da non usare per presentazione cartacea

☐ 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

☐ Viaggio n. 01
(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. 02
(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**

da non usare per presentazione cartacea

☐ 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**

da non usare per presentazione cartacea

☐ 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 ropporti 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 ammistratore pubblico locale (Sindaco, Assessore, ecc.) nell'esercizio delle sue funziona 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

da non usare per presentazione cartacea

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
- [x] 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.

Luogo	Data	il dichiarante
Guspini		

da non usare per presentazione cartacea