Modulo A - Istanza

**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 Oristano**

**Piazza Eleonora, 44**

**09170 Oristano**

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 negli anni 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 Oristano;
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.
5. di aver preso visione dell’informativa inerente il trattamento dei dati personali riportata nell’Avviso e di essere informato/a, ai sensi dell’art.13 del regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

* sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente al contributo;
* potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento relativo alla presente istanza;
* potranno, inoltre, essere conservati per un periodo di 10 anni e trattati in forma anonima per scopi statistici nel rispetto delle norme in materia di riservatezza dei dati personali;
* potranno essere comunicati alla regione Autonoma della Sardegna.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_