

PLUS
AMBITO DI ORISTANO

ALLAI · BARATILI SAN PIETRO · BAULADU ·
CABRAS · MILIS · NARBOLA · NURACHI ·
OLLASTRA · ORISTANO · PALMAS ARBOREA ·
RIOLA SARDO · SAMUGHEO · SAN VERO MILIS ·
SANTA GIUSTA · SIAMAGGIORE · SIAMANNA ·
SIAPICCIÀ · SIMAXIS · SOLARUSSA · TRAMATZA ·
VILLANOVA TRUSCHEDU · VILLAURBANA ·
ZEDDIANI · ZERFALIU

ARES – ASL N.5 ORISTANO ·

PROVINCIA DI ORISTANO



Comune di Oristano
Comuni de Aristanis
Servizio Plus



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.



Comune di Oristano
Comuni de Aristanis
Servizio Plus



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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.

ALLAI · BARATILI SAN PIETRO · BAULADU ·
CABRAS · MILIS · NARBOLA · NURACHI ·
OLLASTRA · ORISTANO · PALMAS ARBOREA ·
RIOLA SARDO · SAMUGHEO · SAN VERO MILIS ·
SANTA GIUSTA · SIAMAGGIORE · SIAMANNA ·
SIAPICCIÀ · SIMAXIS · SOLARUSSA · TRAMATZA ·
VILLANOVA TRUSCHEDU · VILLAURBANA ·
ZEDDIANI · ZERFALIU

ARES - ASL N.5 ORISTANO ·

PROVINCIA DI ORISTANO



Comune di Oristano
Comuni de Aristanis
Servizio Plus



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
