

All’Ufficio di Piano del
PLUS Cagliari 21
Comune di Selargius
Via Istria n° 1
09047 Selargius
Pec: plus21@pec.it

OGGETTO: Domanda di rimborso spese (secondo il criterio dell’equa indennità ex art. 379 codice civile) sostenute nell’anno 2025 dagli Amministratori di Sostegno del Plus 21

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale (_____) nato/a a _____

il _____ e residente a _____ (Prov) _____

in Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____ mail _____

IN QUALITÀ DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

del/la Sig./ra _____

Codice Fiscale (_____) nato/a a _____

il _____ e residente a _____ (Prov) _____

in Via/Piazza _____ n. _____

CHIEDE

il rimborso, secondo il criterio dell’equa indennità previsto dall’art. 379 del codice civile, delle spese sostenute per l’anno 2025 per la gestione della suddetta amministrazione di sostegno.

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 veritiero prevista dall’articolo 75 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. Di essere iscritto all’Elenco degli Amministratori di sostegno del Plus 21 approvato con determinazione della Responsabile del Plus 21 n. 134/2024;
2. Di essere stato nominato/a Amministratore di Sostegno a favore del summenzionato beneficiario:
 con decreto n. _____ del _____ emesso dal Giudice Tutelare del Tribunale di _____;

con delega del _____ (eventuale n. di protocollo _____) conferita da parte del Sindaco/Assessore del Comune di _____;

3. Di aver svolto l'incarico suddetto:

per l'intero anno 2025;

per una parte dell'anno 2025 (specificare il periodo) _____;

4. Di aver percepito, per il medesimo beneficiario e in riferimento allo stesso periodo preso in considerazione nella presente domanda:

NESSUNA indennità e/o rimborso dal Tribunale competente o da altri Enti Pubblici o Privati;

la somma complessiva di € _____ erogata dall'Ente _____

5. 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.

6. Di non svolgere l'incarico di amministrazione di sostegno a favore del suddetto beneficiario in virtù del proprio ruolo istituzionale (es. Sindaco o Assessore) né per incarico professionale né in qualità di operatore di servizio pubblico o privato che ha in cura o in carico il beneficiario stesso;

7. Dichiara, inoltre, con riferimento al suddetto beneficiario, che trattasi di:

Persona che vive presso il proprio domicilio o residenza;

Persona che vive presso il proprio domicilio o residenza ma convivente con altri amministrati dal medesimo amministratore di sostegno;

Persona inserita in struttura socio-assistenziale, socio-sanitaria, detentiva o altra tipologia di struttura residenziale;

8. Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata all'avviso pubblico relativo alla procedura in oggetto, effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

CHIEDE che l'eventuale rimborso oggetto della presente domanda venga effettuato con l'accreditamento sul conto corrente presso:

Istituto Bancario/Postale

Intestato a:

Codice IBAN (allegare):.....

Allega alla presente:

- copia del Decreto di nomina del Tribunale o delega del Sindaco/Assessore comunale;
- copia documento d'identità e del codice fiscale del richiedente in corso di validità;
- copia documento d'identità e del codice fiscale dell'amministrato in corso di validità
- informativa su trattamento dei dati personali.

Data e Luogo

Firma del dichiarante