

All'Ufficio di Piano del  
PLUS Cagliari 21  
Comune di Selargius  
Via Istria n° 1  
09047 Selargius  
Pec: [plus21@pec.it](mailto: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 veritiere 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. Dichiaro, 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_