

ALLEGATO A

**Spett.le**  
**Comune di Tortoli**  
**Ente Gestore**  
**Ambito PLUS Ogliastro**  
**Via Garibaldi al n.1**  
**08048 Tortoli**

**DOMANDA DI RIMBORSO PER LE SPESE SOSTENUTE**  
**DALL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**  
**FONDO L.R. N. 24/2018 ART. 2 COMMA 1, LETT. e) e LETT. f).**  
**ANNUALITÀ 2025**

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 \_\_\_\_\_  
\*(ripetere per ogni amministrato)

**CHIEDE**

la concessione del rimborso previsto per i costi sostenuti nell'anno 2025 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
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 Ogliastro;
- 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.

Si allega obbligatoriamente alla presente:

- ☐ Copia del Decreto di nomina;
- ☐ 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 .....

**Scadenza presentazione domanda 16 ottobre 2026**

Data e Luogo

Firma del dichiarante

*Tutti i dati richiesti saranno trattati nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy Regolamento UE 2016/679 GDPR, esclusivamente per fini istituzionali. Con l'apposizione della firma si autorizza il trattamento dei dati forniti, ivi compresi i dati sensibili.*

Data e Luogo

Firma del dichiarante