

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 2024 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 2024** 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 2024;
- per una parte dell'anno 2024 (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 della 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_