PLUS DI OLBIA
UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA
Comune Capofila Olbia (SS) Tel.
0789/52034 – 035 – 080
ALÀ DEI SARDI, ARZACHENA, BERCHIDDA, BUDDUSÒ, BUDONI, GOLFO ARANCI, LA MADDALENA, LOIRI PORTO SAN PAOLO, MONTI OLBIA, OSCHIRI, PADRU, PALAU, SANT'ANTONIO DI GALLURA, SAN TEODORO, SANTA TERESA DI GALLURA, TELTI.

*Allegato A - Istanza*

**ALLA C.A. DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO SOCIALE**

**COMUNE DI _____**

# DOMANDA DI RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE DAGLI AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO

***Fondo Regionale L.R. 6 luglio 2018, n. 24 (art. 2, c. 1, lett. e ed f) — D.G.R. n. 48/29 del 30.09.2026***

## 1. ANNUALITÀ PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO (selezionare UNA sola annualità):

☐ **ANNUALITÀ 2025** ☐ **ANNUALITÀ 2026**

*(N.B.: Ai sensi dell'Art. 9 dell'Avviso Pubblico, qualora si richieda il rimborso per entrambe le annualità 2025 e 2026, dovranno essere prodotte due istanze distinte e separate).*

## 2. DATI DELL'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (RICHIEDENTE)

Il/La sottoscritto/a: _____

Nato/a a: _____Prov (_____) il: _____/_____/_____

Codice Fiscale: _____

Residente a: _____ Prov: _____:__ CAP: _____

Via/Piazza: _____ n. ____

Telefono: _____ E-mail: _____

PEC: _____

Estremi del provvedimento di nomina: nominato/a con decreto del Giudice Tutelare presso il Tribunale di: _____; Decreto N.R.G.: _____ del: ___/____/_____

## 3. DATI DEL BENEFICIARIO (PERSONA AMMINISTRATA)

In qualità di Amministratore di sostegno del/della Sig./Sig.ra:

_____

Nato/a a: _____ il: ____/____/_____

Residente nel Comune di: _____ Prov (_____);

**CHIEDE**

l'erogazione del rimborso delle spese sostenute e documentate per l'esercizio dell'incarico di Amministratore di sostegno, per un massimale erogabile pari ad **€ 500,00** annui per singolo amministrato/domanda, a valere sulle risorse del Fondo Regionale L.R. n. 24/2018.

**IMPORTO COMPLESSIVO RICHIESTO PER L'ANNUALITA' SELEZIONATA: € _____**

## 4. DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ (ARTT. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA:**

☐ **Nomina in corso di validità:** di essere stato/a regolarmente nominato/a Amministratore di sostegno della persona sopra indicata con il citato provvedimento e che l'incarico è tuttora in corso di validità;

☐ **Cause di esclusione / Grado di parentela:** di NON incorrere nelle cause di esclusione dal rimborso di cui all'art. 5 dell'Avviso e all'art. 2, comma 2, L.R. 24/2018 (ovvero di NON essere il coniuge, l'altra parte dell'unione civile, il convivente di fatto, un parente entro il quarto grado o un affine entro il secondo grado del beneficiario);

☐ **Amministratori Pubblici (se applicabile):** qualora ricopra la carica di Amministratore Pubblico investito del ruolo di AdS, di svolgere l'incarico a titolo di privato cittadino al di fuori della carica istituzionale ricoperta;

☐ **Effettività delle spese:** che le spese per le quali si richiede il rimborso sono state effettivamente sostenute nell'anno di riferimento citato nell'esercizio dell'incarico in favore del beneficiario e sono debitamente documentate;

☐ **Assenza di duplicazione e cumulabilità:** di non aver ottenuto, né richiesto per le medesime spese, altri rimborsi o benefici economici da parte del Comune, del Tribunale, della Regione o di altri enti pubblici o privati, e che tali spese non sono poste a carico del patrimonio del beneficiario

## 5. CONDIZIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE del beneficiario (art. 4 dell'avviso):

Ai fini dell'attestazione dello stato di indigenza/assenza di mezzi del beneficiario, si dichiara che ricorre ALMENO UNA delle seguenti condizioni (selezionare l'opzione pertinente):

☐ **OPZIONE A — PROVVEDIMENTO DEL GIUDICE TUTELARE:**

Sussiste apposito provvedimento del Giudice Tutelare attestante l'inconsistenza del patrimonio del beneficiario e/o il mancato riconoscimento dell'equa indennità in favore dell'AdS per l'annualità richiesta (da allegare in copia all'istanza).

☐ **OPZIONE B — ATTESTAZIONE ISEE ≤ € 13.000,00 E MANCATA RICHIESTA EQUA INDENNITÀ:**

Il beneficiario possiede un'Attestazione ISEE (Ordinario o Corrente) in corso di validità per l'annualità richiesta non superiore a € 13.000,00 (Isee N. _____), e contestualmente il/la sottoscritto/a AdS DICHIARA sotto la propria responsabilità di NON aver richiesto al Giudice Tutelare il riconoscimento della c.d. «equa indennità» di cui all'art. 379 c.c.

## 6. PROSPETTO ANALITICO DELLE SPESE SOSTENUTE

**Elenco dettagliato delle spese direttamente riconducibili all'incarico, per le quali si richiede il rimborso:**

| N. | Data | Tipologia Spesa | Descrizione / Motivo | Giustificativo | Importo € |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| | | | **TOTALE SPESE:** | | € _____ |

## 7. PROSPETTO SPOSTAMENTI / RIMBORSI CHILOMETRICI (ART. 5 DELL'AVVISO)

Ai sensi dell'art. 5 dell'Avviso Pubblico, è contemplato il rimborso degli spostamenti con mezzo proprio per l'accompagnamento del beneficiario o per le trasferte per la verifica delle condizioni dell'assistito ricoverato/inserito in strutture sanitarie o socio-sanitarie. Il rimborso è calcolato nella misura di 1/5 del costo di un litro di carburante (benzina/diesel) per ogni chilometro percorso.

| Data | Tragitto (A/R) | Motivo / Struttura Sanitaria | | Km percorsi | Costo L. Carb. | Importo € (1/5 * Km) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## 8. MODALITÀ DI PAGAMENTO (ACCREDITO SU CONTO CORRENTE)

Si richiede l'accredito dell'eventuale contributo mediante bonifico sul conto corrente bancario/postale intestato all'Amministratore di Sostegno:

**IBAN (27 caratteri): _____**
**Istituto di Credito:_____ _____**

## 9. DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

**Si allega alla presente istanza la seguente documentazione obbligatoria (spuntare i documenti allegati):**

☐ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente (AdS);

☐ Copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare alla funzione di AdS (con oscuramento dei dati inerenti alle motivazioni e/o informazioni eccedenti);

☐ Documentazione giustificativa delle spese e dell'avvenuto pagamento (ricevute, fatture, quietanze, scontrini parlanti);

☐ [Se richiesto rimborso polizza RC]: Copia della polizza assicurativa RC connessa all'incarico e attestazione dell'avvenuto pagamento del premio;

☐ Condizione economica del beneficiario – Opzione A: copia del provvedimento del Giudice Tutelare da cui risulti l'inconsistenza patrimoniale del beneficiario e/o il mancato riconoscimento dell'equa indennità ex art. 379 c.c. per l'annualità richiesta;

☐ Altra documentazione idonea:

_____

## 10. RECAPITO COMUNICAZIONI E TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a indica per le comunicazioni relative al procedimento il seguente recapito:

☐ **PEC: _____**

☐ **E-mail: _____**

Dichiara altresì di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (artt. 13-14 Regolamento UE 2016/679 - GDPR) allegata all'Avviso Pubblico.

| **Luogo e Data:** | **Firma dell'Amministratore di Sostegno** |
|---|---|
| _____, ____/____/_____ | _____ |