



Amministrazione destinataria
Comune di San Vito di Fagagna

Ufficio destinatario
Ufficio protocollo

Domanda di rimborso degli oneri sostenuti per la stipula di polizza assicurativa di iscrizione

Ai sensi della Legge Regionale 16/11/2010, n. 19

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale						
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

in qualità di *(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)*

Ruolo										
Denominazione/Ragione sociale	Tipologia									
Sede legale	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
Codice Fiscale	Partita IVA									
Telefono	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata							

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

la concessione del rimborso previsto per i costi sostenuti nell'anno seguente (inserire l'anno solare precedente a quello di presentazione della richiesta) per la stipula di polizze assicurative relative all'attività di amministrazione di sostegno

Anno
<input type="text"/>

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di essere stato nominato dal giudice tutelare amministratore di sostegno di

Nominativo amministrato	Tribunale di	N. di ruolo (R.G. – V.G.)	Data del decreto di nomina

che i seguenti soci dell'associazione sono stati nominati dal Giudice Tutelare amministratori di sostegno

nominativo amministratore di sostegno

Cognome		Nome		
Nominativo amministrato	Tribunale di	N. di ruolo (*)	Data del decreto di nomina	Importo quota premio
				€
				€
				€
				€

(*) R.G. – V.G.

nominativo ulteriore amministratore di sostegno

Cognome		Nome		
Nominativo amministrato	Tribunale di	N. di ruolo (*)	Data del decreto di nomina	Importo quota premio
				€
				€
				€
				€

(*) R.G. – V.G.

nominativo ulteriore amministratore di sostegno

Cognome		Nome		
Nominativo amministrato	Tribunale di	N. di ruolo (*)	Data del decreto di nomina	Importo quota premio
				€
				€
				€
				€

(*) R.G. – V.G.

DICHIARA INOLTRE

che gli amministrati sono residenti in Regione

di aver stipulato

- polizze assicurative espressamente dedicate alla copertura dei rischi derivanti dall'attività di amministratore di sostegno svolta a favore dei sopra elencati amministrati
- estensione di polizza assicurativa alla copertura dei rischi connessi all'attività di amministratore di sostegno svolta a favore dei sopra elencati amministrati

che la spesa sostenuta nell'anno indicato (inserire l'anno solare precedente a quello di presentazione della richiesta) per la copertura assicurativa è pari a

Anno	Importo	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

che per tale spesa

- non ha ricevuto alcun rimborso
- ha ricevuto rimborsi per

Importo

€

di non aver presentato istanza per la concessione del rimborso oggetto della presente domanda ad altro ente gestore del servizio sociale dei Comuni

CHIEDE INOLTRE

che il rimborso venga effettuato con una delle seguenti modalità

a mezzo accredito sul c.c. bancario intestato al sottoscritto intrattenuto presso l'Istituto

Conto corrente

Banca o poste

Filiale o agenzia

IBAN

altro (specificare)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- quietanza o documentazione attestante l'avvenuto versamento del premio
- certificazione dell'assicurazione attestante la somma versata e il numero di amministratori di sostegno e amministrati cui si riferisce
- dichiarazione dell'assicurazione attestante la quota di premio riferita alla copertura dei rischi derivanti dall'attività di amministratore di sostegno
- copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

San Vito di Fagagna

Luogo

Data

il dichiarante