



**Amministrazione destinataria**  
Regione Friuli Venezia Giulia

**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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Scala	Piano
				<input type="checkbox"/>	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
in qualità di <i>(questa sezione deve essere compilata se il dichiarante non è una persona fisica)</i>					
Ruolo					
<input type="text"/>					
Denominazione/Ragione sociale				Tipologia	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
Sede legale					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Scala	Piano
				<input type="checkbox"/>	CAP
Codice Fiscale			Partita IVA		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

### 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

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 amministratori
- ☐ estensione di polizza assicurativa alla copertura dei rischi connessi all'attività di amministratore di sostegno svolta a favore dei sopra elencati amministratori

☒ 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.

Luogo

Data

il dichiarante