

BOLLO

(In caso di esenzione  
indicare gli estremi della  
norma che la prevede)

All'Ente gestore del Servizio Sociale dei  
Comuni dell'Ambito territoriale "Collinare"  
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

PEC: asufc@certsanita.fvg.it

Oggetto: LR 19/2010, art. 2, comma 1, lett. e), D.P.Reg.190/2011. Richiesta di rimborso di  
polizza assicurativa.

Il/La sottoscritto/a..... CF .....

....., nato/a a ..... prov.  
..... il .....,  
residente a (città).....in (indirizzo con  
CAP) .....tel.  
n. ...., e-mail ..... in qualità di

amministratore di sostegno

legale rappresentante dell'Ente denominato .....  
..... con sede a (città)..... in (indirizzo con  
CAP) ..... tel. n.  
....., e-mail .....

### **CHIEDE**

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

② a) di essere stato/a nominato/a dal Giudice Tutelare amministratore di sostegno di:

nominativi amministrati	Tribunale di	n. di ruolo (R.G. ___ V.G.)	data del decreto di nomina
1.			
2.			
3.			
4.			

**OVVERO**

② a) che i seguenti soci dell'associazione sono stati nominati dal Giudice Tutelare amministratori di sostegno:

Nominativo amministratore di sostegno*	nominativi amministrati	Tribunale di	n. di ruolo (R.G. ___ V.G.)	data del decreto di nomina	Importo quota premio per amministratore di sostegno
1.	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
2.	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
3.	1.				
	2.				
	3.				
	4.				

\*Compilare un riquadro per ciascun ADS

b) che l'amministrato/gli amministrati è/sono residente/i in Regione;

c) 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.

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

- non ha ricevuto alcun rimborso
- ha ricevuto rimborsi per euro .....

e) di non aver presentato istanza per la concessione del rimborso oggetto della presente domanda ad altro Ente gestore del Servizio sociale dei Comuni.

Allega alla presente:

- copia del documento di identità in corso di validità
- quietanza/e versamento premio/i ovvero documentazione attestante l'avvenuto versamento del premio

Allega inoltre (barrare la voce di interesse):

solo in caso di polizza cumulativa (stipulata cioè da un unico soggetto per più amministratori di sostegno):

- certificazione dell'Assicurazione attestante la somma versata e il numero di Amministratori di sostegno e amministrati, cui si riferisce

solo in caso di estensione di polizza assicurativa qualora la quota del premio riferita alla copertura dei rischi connessi all'attività di amministratore di sostegno non sia indicata nella quietanza

- dichiarazione dell'Assicurazione attestante la quota di premio riferita alla copertura dei rischi derivanti dall'attività di amministratore di sostegno

Al fine di poter procedere all'incasso dei pagamenti che verranno effettuati da codesta amministrazione

**CHIEDE inoltre**

che il rimborso venga effettuato con una delle seguenti modalità:

- accreditalmento                    sul                    conto                    corrente                    postale/                    bancario  
n.....

Banca/Poste

.....

Filiale/Ufficio di

.....

Codice IBAN

Paese	Cod. Contr.	CIN	ABI	CAB	N.ro conto corrente																		
IT																							

altro

.....

Distinti saluti

Data.....

*Firma*

AI SENSI DELL'ART. 38 DEL D.P.R. DEL 28 DICEMBRE 2000, LA PRESENTE DICHIARAZIONE E' SOTTOSCRITTA DALL'INTERESSATO IN PRESENZA DEL DIPENDENTE ADDETTO OVVERO SOTTOSCRITTA E INVIATA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA' DEL DICHIARANTE ALL'UFFICIO COMPETENTE.

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR - General Data Protection Regulation)**

1. Il titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale rappresentato dal Direttore Generale dott. Massimo Braganti. I dati di contatto del responsabile della protezione dei dati sono: [privacy@asufc.sanita.fvg.it](mailto:privacy@asufc.sanita.fvg.it) [rpd@asufc.sanita.fvg.it](mailto:rpd@asufc.sanita.fvg.it) . Il responsabile del trattamento dei dati personali è il Responsabile del Servizio Sociale dei Comuni dell'ambito territoriale "Collinare".
2. I dati personali forniti con l'istanza e la documentazione ad essa allegata o richiesti ai fini dell'istruttoria della medesima sono trattati, anche mediante strumenti informatici, esclusivamente per le finalità inerenti il procedimento di concessione e conseguente liquidazione dei benefici previsti dall'articolo 2, comma 1, lettera e) della legge regionale 16 novembre 2010, n. 19.
3. I dati personali possono essere comunicati ad altri soggetti pubblici, per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, ad obblighi previsti dalla normativa vigente.
4. I dati di natura personale forniti non sono trasferiti all'estero, all'interno o all'esterno dell'Unione Europea.
5. Il conferimento dei dati è obbligatorio; pertanto, la loro mancata, parziale o inesatta comunicazione potrà avere come conseguenza l'impossibilità a svolgere l'attività amministrativa necessaria per la concessione del beneficio richiesto.
6. I dati personali vengono conservati per la durata di 10 anni.
7. L'interessato può, in qualsiasi momento, esercitare i diritti di:
  - accesso ai dati personali;
  - rettifica o cancellazione degli stessi;
  - limitazione o opposizione al loro trattamento;
  - portabilità dei dati.L'esercizio di tali diritti può avvenire inviando una richiesta al Titolare del trattamento dei dati personali. In caso di violazioni l'interessato ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.