

N. \_\_\_\_\_ R.Nc

Al Giudice Tutelare del Tribunale di Foggia

Oggetto: AMMINISTRAZIONE DI SOSTEGNO - RENDICONTO ANNUALE DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Amministratore di Sostegno:

nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

del beneficiario: nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Rapporti con il rappresentato:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Coniuge non separato in regime di comunione dei beni   | <input type="checkbox"/> Altro parente (entro il quarto grado)        |
| <input type="checkbox"/> Coniuge non separato in regime di separazione dei beni | <input type="checkbox"/> Parente del coniuge (entro il secondo grado) |
| <input type="checkbox"/> Convivente stabile                                     | <input type="checkbox"/> Rappresentante di ente o struttura _____     |
| <input type="checkbox"/> Padre o Madre  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Figlio/Figlia  | <input type="checkbox"/> Professionista _____                         |
| <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella                                       | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                    |

**Situazione domiciliare del rappresentato:**

**Condizioni fisiche del rappresentato:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vive in famiglia con altre n. _____ persone conviventi | <input type="checkbox"/> Autosufficiente, esce di casa da solo       |
| <input type="checkbox"/> Vive presso casa di cura, comunità o altra struttura   | <input type="checkbox"/> Autosufficiente ma non esce di casa da solo |
| <input type="checkbox"/> Vive in abitazione da solo                             | <input type="checkbox"/> In sedia a rotelle o poltrona               |
| <input type="checkbox"/> Vive in abitazione con assistenza domiciliare          | <input type="checkbox"/> Permanentemente a letto                     |

**PATRIMONIO A INIZIO DEL PERIODO:**

Cassa: €	
Saldo conto Corrente: €	
Saldo conto titoli: €	
Totale €	

Numero immobili: €	
Numero veicoli: €	
Altri beni di valore (specificare): €	
Totale €	

**INCASSI NEL PERIODO:**

Pensioni, Stipendi, assegni dal coniuge	€
Indennità di accompagnamento	€
Interessi attivi su conto corrente	€
Interessi attivi su titoli e investimenti bancari	€
Incassi per scadenza titoli e obbligazioni	€
Incassi per utili di attività o società	€
Incassi per canoni di locazione	€
Incassi per la vendita di beni immobili	€
Incassi per la vendita di beni mobili	€
Altri incassi (specificare)	€
<b>TOTALE INCASSI:</b>	<b>€</b>

**PAGAMENTI NEL PERIODO:**

Rette per case riposo o altre strutture assistenziali	€
Compensi per badanti, infermieri e collaboratori	€
Spese sanitarie, farmaci ed esami clinici	€
Spese vitto, abbigliamento e cura della persona	€
Spese per istruzione, corsi e tempo libero	€
Trasporti (abbonamenti, taxi e ambulanze)	€
Canoni di locazione pagati	€
Spese condominiali	€
Utenze domestiche (acqua, luce, gas o altri)	€
Spese telefoniche (fisso e mobile)	€
Imposte e tasse	€
Pagamento di rate di mutui o di finanziamenti	€
Acquisto Titoli obbligazioni e altri investimenti	€
Altre spese (specificare _____)	€
<b>TOTALE SPESE</b>	<b>€</b>
<b>SALDO INCASSI e SPESE</b>	

**PATRIMONIO A FINE PERIODO:**

Saldo conto corrente: €	numero immobili
Saldo conto titoli: €	numero veicoli
Cassa: €	altri beni di valore (specificare)
Totale €	

**Allegare la seguente documentazione obbligatoria (barrare gli allegati prodotti):**

- Estratti conto corrente e conto titoli
- Fatture e ricevute maggiori di 100 €
- Documentazione comprovante i movimenti di denaro (ricevute di rette, compensi per badanti, canoni, ecc.)
- Documentazione relativa ai movimenti delle partecipazioni societarie del beneficiario
- Documentazione comprovante acquisti e vendite relativi ai beni mobili e immobili del beneficiario nel periodo Foggia, (data) \_\_\_\_\_ Firma del Tutore/Curatore/Amministratore \_\_\_\_\_

Visto si approva

