A.SO. n° _____

BENEFICIARIO/A _____

Amm.re di Sostegno _____ _____
telefono

grado di parentela _____

RENDICONTO ANNUALE

dal _____ **al** _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____, nominato Amministratore di Sostegno di _____

con decreto del _____, deposita in data odierna il seguente rendiconto annuale come disposto dagli artt. 411 e 380 c.c.

COLLOCAZIONE, CONDIZIONI DI VITA E DI SALUTE DEL BENEFICIARIO/A

L'Amministratore di Sostegno dichiara che il/la Beneficiario/a:

- ❑ vive presso l'abitazione sita in _____

  _____

  - □ in piena proprietà
  - □ in proprietà al _____% con _____
  - □ in locazione
  - □ in comodato d'uso
  - □ in qualità di usufruttuario
  - □ vive solo/a
  - □ vive con _____
- ❑ è assistito/a a tempo pieno - part time da *(badanti, colf, assistenti domiciliari)*:
  - sig._____
  - sig._____
  - sig._____
  - sig._____
  - sig. _____

- ❑ è ricoverato/a presso la seguente struttura: _____

  _____

e che le condizioni generali di vita e di salute del/la Beneficiario/a sono le seguenti:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Si allega dichiarazione del medico di base/medico specialista sulle condizioni di salute del Beneficiario/a.

SITUAZIONE PATRIMONIALE DEL BENEFICIARIO/A

1. STATO PATRIMONIALE ALL'INIZIO DEL PERIODO OGGETTO DEL PRESENTE RENDICONTO

L'Amministratore di Sostegno dichiara che lo stato patrimoniale del Beneficiario/a al momento

- ❑ dell'apertura dell'amministrazione *(barrare in caso di primo rendiconto)*
- ❑ alla data di deposito del precedente rendiconto *(barrare in caso di rendiconti successivi)*

era il seguente:

❑ saldo di € _____ alla data del _____
depositato sul conto corrente/libretto bancario/postale n° _____
presso _____

❑ titoli *(titoli di stato, quote fondi, etc…)* per € _____

❑ proprietà immobiliari *(indicare tipologia e indirizzi)*:

_____

_____

_____

_____

_____

□ presso cui è domiciliato il/la beneficiario/a;

□ libero/i

□ affittato/i

□ concesso/i in comodato d'uso a _____

_____

- ❑ proprietà mobiliari *(auto, oggetti di particolare pregio, collezioni, etc…):*

_____

_____

_____

_____

2. MOVIMENTI PATRIMONIALI

L'Amministratore di Sostegno dichiara che nel periodo relativo al presente rendiconto vi sono state le seguenti

ENTRATE

- ❑ stipendio € _____
- ❑ pensione di anzianità € _____
- ❑ pensione di reversibilità € _____
- ❑ pensione di invalidità € _____
- ❑ indennità di accompagnamento € _____
- ❑ canoni di locazione € _____
- ❑ interessi sul capitale a risparmio € _____
- ❑ _____ € _____
- ❑ _____ € _____
- ❑ _____ € _____

TOTALE ENTRATE € _____

e le seguenti **USCITE**

- ❑ canoni di locazione € _____
- ❑ utenze e spese condominiali € _____
- ❑ stipendio per badanti/colf € _____
- ❑ contributi previdenziali per badanti /colf € _____
- ❑ retta struttura € _____
- ❑ spese di abbigliamento ed altri generi di conforto € _____
- ❑ _____ € _____
- ❑ _____ € _____
- ❑ _____ € _____

TOTALE USCITE € _____

e che la DIFFERENZA ENTRATE – USCITE è pari a € _____

3. **STATO PATRIMONIALE ALLA FINE DEL PERIODO OGGETTO DI RENDICONTO**

L'Amministratore di Sostegno dichiara che lo stato patrimoniale attuale del Beneficiario/a è il seguente:

- ❑ saldo sul conto corrente/libretto bancario/postale sopra indicato € _____
- ❑ titoli *(titoli di stato, quote fondi, etc…)* € _____
- ❑ liquidità di cassa € _____
- ❑ altro _____
- ❑ che il patrimonio immobiliare è rimasto invariato;
- ❑ che il patrimonio immobiliare è variato come segue:

_____

_____

_____

_____

_____

- ❑ che il patrimonio mobiliare *(auto, oggetti di particolare pregio, collezioni, etc…)* è rimasto invariato;
- ❑ che il patrimonio mobiliare è variato come segue:

_____

_____

_____

_____

_____

Il sottoscritto Amministratore di Sostegno allega la seguente documentazione <u>in fotocopia</u>:

n° _____ estratti conto bancari/postali relativi al periodo _____;

n° _____ libretto bancario/postale composto da n° _____ pagine inclusa l'intestazione;

n° _____ buste paga relative al salario mensile corrisposto alle badanti/colf;

n° _____ bollettini di versamento contributi previdenziali per badanti/colf;

n° _____ fatture di pagamento retta mensile di ricovero in struttura;

n° _____ dichiarazione del medico di base/specialista sulle condizioni di salute del beneficiario/a;

n° _____ _____

_____

_____

CUNEO, _____ _____

l'Amministratore di Sostegno