



TRIBUNALE DI ASTI

A.SO. n° _____

BENEFICIARIO/A

Amm.re di Sostegno _____

_____ *Indirizzo di*
residenza o domicilio (per notifiche)

_____ *Telefono*

grado di parentela _____

RENDICONTO ANNUALE

dal _____ **al** _____

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____, residente

in _____ 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 in fotocopia:

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° _____

Luogo _____,

data _____

l'Amministratore di Sostegno