**V03\_bis**

 **AL TRIBUNALE ORDINARIO DI VERONA**

**Amministrazione di sostegno – Rendiconto finale**

Procedura n. /

Periodo di riferimento : dal / / al / /

Il sottoscritto amministratore di sostegno:

 **DATI ANAGRAFICI DEL RICORRENTE**

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

*RESIDENZA*

*(Città,Via/Piazza,n°civico,CAP)*

*CODICE FISCALE NUMERO TELEFONICO/FAX*

*EMAIL*

Del beneficiario:

*COGNOME E NOME DATA E LUOGO DI NASCITA*

Situazione domiciliare del rappresentato:

 Viveva presso casa di cura, comunità o altra struttura  Viveva in famiglia con altre n. persone conviventi  Viveva da solo

 Viveva in abitazione con badante  Altro (specificare)

Condizioni fisiche del rappresentato prima del decesso:

 Autosufficiente, esce di casa da solo

 Autosufficiente, ma non esce di casa da solo  In sedia a rotelle o poltrona

 Permanentemente a letto

# Patrimonio del beneficiario di inizio periodo:

1. Beni mobili: elenco dei beni contenuti in cassette di sicurezza e/o beni di valore custoditi in abitazioni:
2. Beni immobili: elenco, con ubicazione e percentuale di proprietà o di usufrutto:
3. Beni mobili registrati: elenco autoveicoli, motocicli e barche:
4. Partecipazioni societarie: elenco società, con indicazione della percentuale del valore delle quote:
5. Cassa *€*

|  |
| --- |
|  |

1. Saldo conto corrente *€*

|  |
| --- |
|  |

1. Saldo conto titoli *€*

|  |
| --- |
|  |

# TOTALE *€*

|  |
| --- |
|  |

**Entrate nel periodo:**

*Pensioni, stipendi, assegni del 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)* ***€***

***TOTALE ENTRATE €***

# Uscite nel periodo:

*Rette per case di 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 ed ambulanze)* ***€***

*Canoni di locazione pagati* ***€***

*Spese condominiali* ***€***

*Utenze domestiche (acqua, luce, gas o altri)* ***€***

*Spese telefoniche* ***€***

*Imposte e tasse* ***€***

*Pagamento di rate di mutui o di finanziamenti* ***€***

*Acquisto titoli mobiliari (azioni, obbligazioni, ecc)* ***€***

*Altre spese (specificare)* ***€***

***TOTALE USCITE €***

***SALDO ENTRATE E USCITE €***

# Patrimonio del beneficiario di fine periodo:

1. Beni mobili: elenco dei beni contenuti in cassette di sicurezza e/o beni di valore custoditi in abitazioni:
2. Beni immobili: elenco, con ubicazione e percentuale di proprietà o di usufrutto:
3. Beni mobili registrati: elenco autoveicoli, motocicli e barche:
4. Partecipazioni societarie: elenco società, con indicazione della percentuale del valore delle quote:
5. Cassa *€*

|  |
| --- |
|  |

1. Saldo conto corrente *€*

|  |
| --- |
|  |

1. Saldo conto titoli *€*

|  |
| --- |
|  |

# TOTALE *€*

|  |
| --- |
|  |

**Allega**

* Fotocopia del documento d'identità e codice fiscale del ricorrente e del beneficiario
* Certificato di morte
* Certificato medico o relazione clinica aggiornati
* Estratti conto corrente con indicazione della causale del prelievo e del deposito di titoli per tutto il periodo del rendiconto
* Documentazione degli stipendi annuali di badanti e dei contributi pagati nel periodo
* TFR liquidati
* Fattura ultima retta casa di riposo/comunità
* Ricevute/Fatture di pagamenti e locazioni
* Ricevute pagamenti per spese condominiali
* Fatture e ricevute per spese mediche
* Fatture per eventuali prestazioni professionali preventivamente autorizzate dal G.T. (legali/amministrative/fiscali)

Verona, lì / /

Firma dell'amministratore di sostegno