



TRIBUNALE DI RAGUSA
Cancelleria Volontaria Giurisdizione

Amministrazione di Sostegno n° _____

Tutela n° _____

Beneficiario/a _____

Amministratore di Sostegno _____ Tel. _____

Tutore _____ Tel. _____

Protutore _____ Tel. _____

grado di parentela col soggetto beneficiario _____

RENDICONTO ANNUALE

dal _____ al _____

Depositato in Cancelleria oggi _____

L'Assistente Giudiziario

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____, nominato/a Amministratore di
Sostegno/Tutore 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

Il/La sottoscritto/a ADS/TUTORE, dichiara che il/la Beneficiario/a-Interdetto/a:

- ☐ vive presso l'abitazione sita in _____, in Via _____
- ☐ in piena proprietà
- ☐ in _____ proprietà al _____ % con _____
- ☐ in locazione
- ☐ vive solo/a
- ☐ vive con _____

- è assistito/a a tempo pieno – part time da (*badanti, colf, assistenti domiciliari, parenti*):

- sig. _____

- sig. _____

- è ricoverato presso la seguente Struttura: _____

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

SITUAZIONE PATRIMONIALE DEL BENEFICIARIO/A

1. SALDO ANNO PRECEDENTE:

Attivo € _____.

Passivo € _____.

Somme in deposito vincolate € _____.

Altro: _____ per € _____.

2. STATO PATRIMONIALE ALLA FINE DEL PERIODO OGGETTO DI RENDICONTO

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

- saldo di € _____, depositato sul conto corrente/libretto bancario/postale n° _____, presso _____
- titoli (*titoli di Stato, quote fondi, ecc.*) per € _____
- proprietà immobiliari (*indicare tipologia e indirizzi, specificando se di abitazione del beneficiario/a, liberi, locati o terreni concessi in affitto*):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____
 8. _____

3. MOVIMENTI PATRIMONIALI

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

ENTRATE

- | | |
|--|---------|
| ☐ stipendio | € _____ |
| ☐ pensione di anzianità | € _____ |
| ☐ pensione di reversibilità | € _____ |
| ☐ pensione di invalidità | € _____ |
| ☐ indennità di accompagnamento | € _____ |
| ☐ canoni di locazione/affitto | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |

TOTALE ENTRATE € _____

e le seguenti USCITE

- | | |
|---|---------|
| ☐ canoni di locazione/affitto | € _____ |
| ☐ utenze e spese condominiali | € _____ |
| ☐ stipendio per badanti/colf | € _____ |
| ☐ contributi previdenziali per badanti/colf | € _____ |
| ☐ retta Struttura | € _____ |
| ☐ spese di abbigliamento e altri generi di conforto | € _____ |
| ☐ spese per generi alimentari | € _____ |
| ☐ equa indennità | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |
| ☐ _____ | € _____ |

TOTALE USCITE € _____

e che la DIFFERENZA ENTRATE-USCITE è pari a (+/-)

€ _____

RIEPILOGO:

Saldo anno precedente (attivo+/passivo-)	€ _____
Totale Entrate del presente anno di gestione	€ _____
Totale Uscite del presente anno di gestione	€ _____
Saldo fine anno Attivo (<i>riportare nel prossimo rendiconto</i>)	€ _____
Saldo fine anno Passivo (<i>riportare nel prossimo rendiconto</i>)	€ _____

Il/la sottoscritto/a Amministratore di Sostegno/Tutore **allega** la seguente documentazione in copia:

n° _____ estratti conto bancari/postali relativi al periodo _____
n° _____ libretto bancario/postale composto da n° _____ pagine inclusa l'intestazione;
n° _____ ricevute /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° _____ _____;
n° _____ _____;
n° _____ _____;
n° _____ _____;
n° _____ _____;
n° _____ _____.

Ragusa, _____

L'Amministratore di Sostegno

Il Tutore _____

Il Protutore _____

Visto e approvato – non approvato _____

Si autorizza il ritiro della documentazione di spesa allegata, con obbligo di tenuta e custodia nei termini di legge.

Ragusa, _____

Il Giudice Tutelare
(Dott.ssa Rosanna Catalano)