

**Allegato 2.A.**  
**Domanda di iscrizione nell'elenco degli Amministratori di Sostegno – sezione A-**  
**“Modello Professionisti”**

Il sottoscritto/a

Cognome	Nome
---------	------

Dati di nascita

Data	Luogo	Prov. Stato
------	-------	----------------

Residente a

Comune	Indirizzo
--------	-----------

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapiti

Telefono	Cellulare
----------	-----------

Email/PEC
-----------

C H I E D E

di essere iscritto all'Elenco delle persone disponibili ad assumere l'incarico di Amministratore di Sostegno - **sezione A – “ Professionisti ”**, istituito dall'Azienda USL Toscana Centro.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46,47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. n.445/000, delle responsabilità e delle sanzioni previste dal Codice Penale e delle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni mendaci e formazione o uso di atti falsi, ed assumendosene piena responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R. con riferimento alla partecipazione alla procedura di iscrizione:

D I C H I A R A

- di essere cittadino italiano o cittadino straniero regolarmente residente e/o domiciliato sul territorio della Regione Toscana;
- di avere la maggiore età;
- di svolgere la seguente attività professionale \_\_\_\_\_:
- di essere in possesso del titolo di studi in:  
Laurea \_\_\_\_\_;  
Conseguito in data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_;  
presso l'Istituto/Ateneo \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali o avere pendenze disciplinari o penali per delitti non colposi e di non essere sottoposto ad esecuzione di pene detentive, di misure cautelari o interdittive;
- di non trovarsi in una delle condizioni di cui all'art. 350 del Codice Civile, ovvero di non incorrere nei casi di incapacità all'assunzione dell'incarico previsti dal predetto art.350 del Codice Civile;
- di essere iscritto ad un Ordine Professionale e di essere disponibile a frequentare un corso riconosciuto

di formazione o di aggiornamento in materia di Amministrazione di Sostegno;

- di essere Iscritto all'Albo/Ordine \_\_\_\_\_; dal \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_;
- eventuali esperienze o incarichi di amministratore di sostegno assunti o in atto : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Opzioni territoriali

- Desidera iscriversi nell'elenco del Tribunale di (max due opzioni, vedi Allegato 1);
  - Firenze
  - Prato
  - Pistoia
  - Pisa
  
- Desidera iscriversi nell'elenco della/delle Società della Salute massimo 3 opzioni SdS (vedi Allegato 1);
  - SdS Firenze
  - SdS Fiorentina Nord Ovest
  - SdS Mugello
  - SdS Fiorentina Sud Est
  - SdS Empolese, Valdarno, Valdelsa
  - SdS Area Pratese
  - SdS Pistoiese
  - SdS Valdinievole

#### Ambito di intervento di preferenza:

- persone anziane
- persone con disabilità e adulti fragili ;
- persone con problematiche di salute mentale
- persone con problematiche di dipendenza

#### Eventuali precedenti nomine in qualità di:

- |   |                                  |   |                             |
|---|----------------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> tutore                     | <i>incarico tuttora in corso</i> | <input type="checkbox"/> si in numero di _____; | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> protutore                  | <i>incarico tuttora in corso</i> | <input type="checkbox"/> si in numero di _____; | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> curatore                   | <i>incarico tuttora in corso</i> | <input type="checkbox"/> si in numero di _____; | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> amministratore di sostegno | <i>incarico tuttora in corso</i> | <input type="checkbox"/> si in numero di _____; | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> nessuna                    |                                  |   |                             |

- dichiara di essere consapevole della gratuità dell'incarico (fatta salva la facoltà del Giudice Tutelare , ai sensi dell'art. 379 del Codice Civile , di poter assegnare un'equa indennità); )
- di essere a conoscenza delle disposizioni contenute nel " Regolamento di gestione dell'elenco di Amministratori di Sostegno dell'Azienda USL Toscana Centro " in tema di obblighi degli iscritti all'elenco , cancellazione o sospensione dello stesso;
- dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy, e trattamento dei dati , allegata al bando.

Allega curriculum vitae in formato europeo

Allega copia di un documento di identità in corso di validità.

Firenze, in data \_\_/\_\_/202

Firma per esteso