

Allegato 2.C.
Domanda di iscrizione nell'elenco degli Amministratori di Sostegno – sezione C- “ Altri”
“Modello Persone Fisiche”

Il sottoscritto/a

| | |
|---------|------|
| Cognome | Nome |
|---------|------|

Dati di nascita

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

Residente a

| | |
|--------|-----------|
| Comune | Indirizzo |
|--------|-----------|

Codice Fiscale

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

Recapiti

| | |
|----------|-----------|
| Telefono | Cellulare |
| Email | |

CHIEDE

di essere iscritto all'Elenco delle persone disponibili ad assumere l'incarico di Amministratore di Sostegno - **sezione C “ Altri”** -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.445/2000, 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:

DICHIARA

- di essere cittadino italiano o cittadino straniero regolarmente residente e/o domiciliato sul territorio della Regione Toscana;
- di avere la maggiore età;
- di svolgere o aver svolto la seguente attività professionale _____;
- di essere in possesso del diploma di scuola media superiore o di titolo di studio superiore;
Titolo di studio _____;
Conseguito in data __/__/____;
presso l'Istituto/Ateneo _____;
- di non aver riportato condanne penali o avere pendenze disciplinari o penali per delitti non colposi; 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 aver maturato , in materia di tutela giuridica delle persone in condizione di fragilità sia in ambito sociale e/o socio-sanitario le seguenti competenze e/o esperienze : _____

- di aver frequentato un corso di formazione riconosciuto in materia di Amministrazione di Sostegno con attestazione di frequenza e del buon esito finale;
 Corso _____; dal __/__/____; al __/__/____;
 Organizzato da _____;

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 tre opzioni (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 | | | |

Il sottoscritto dichiara la propria disponibilità a partecipare ad incontri di formazione, aggiornamento e verifica delle attività svolte.

- 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

