

**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	

C H I E D E

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:

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 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

