

**ISCRIZIONE ALL' ELENCO PROVINCIALE
DEGLI AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO
SEZ. A: PERSONE FISICHE
(legge 6/2004, deliberazione ASL n.19 del 27/01/2010)
modulo Apf**

__I__ sottoscritt _____
nat_ il ____/____/____ a _____ prov. _____
residente in via _____ n° ____ città _____ prov. _____
e-mail _____
tel. _____ cell. _____

CHIEDE

di essere iscritto nella Sezione A dell'Elenco degli Amministratori di sostegno dell'ASL della Provincia di Mantova.

Consapevole delle sanzioni civili e penali derivanti da dichiarazione falsa o mendace o di esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445

DICHIARA

- di avere conseguito la maggiore età
- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino straniero regolarmente residente su territorio italiano
- di non aver riportato condanne penali o avere carichi penali pendenti
- di aver partecipato al corso di formazione _____

(si allega attestato di partecipazione)

- di essere disponibile a ricoprire eventuale incarico di Amministratore di sostegno
- di essere disponibile a partecipare ad incontri di formazione e aggiornamento e verifica delle attività svolte

Dichiara inoltre:

- di essere consapevole della gratuità dell'incarico

- di possedere il seguente titolo di studio (specificare se licenza elementare, diploma di scuola media inferiore, diploma di scuola media superiore, laurea o altro) _____

- di svolgere la seguente professione:

pensionato impiegato insegnante operaio artigiano
 imprenditore libero professionista altro _____

di svolgere attività di volontariato dal _____ presso _____

- di aver svolto le seguenti attività ritenute utili allo svolgimento della funzione di Amministratore di sostegno

- di essere sostenuto dal seguente organismo:

(allegare dichiarazione dell'organismo interessato, modulo 2)

Associazione di volontariato Cooperativa sociale ONLUS
 Fondazione Servizio sociale/sanitario pubblico
 altro _____

- di indicare, in caso di nomina, eventuale preferenza per il settore:

anziani disagio mentale disabili adulti emarginazione sociale
 dipendenze nessuna preferenza

- di essere informato, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06//2003, del fatto che i dati riportati nel presente modulo, la cui compilazione è obbligatoria per l'iscrizione all'Elenco degli Amministratori di Sostegno, saranno trattati dall'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Mantova, anche con l'utilizzo di procedure informatiche, per le sole finalità del procedimento di iscrizione.

_____/_____/_____
Data

Firma