Alla c.a. del SINDACO

E p.c. all'Ufficio di Piano del PLUS
Distretto socio-sanitario di Guspini

Via Don Minzoni
09036 Guspini
PEC
protocollo@comune.guspini.vs.it

Oggetto Domanda di partecipazione al "Percorso formativo finalizzato a istituire un Registro Distrettuale degli Amministratori di Sostegno"

Il /la sottoscritto/a:

NOME					

COGNOME					

NATO/A		PROV		IL	

RESIDENTE IN		C.A.P	
VIA/PIAZZA		NUM.	

TELEFONO		CELLULARE	
E-MAIL			
PEC			

CODICE FISCALE					

PROFESSIONE					

CHIEDE

di poter accedere al percorso formativo di cui all'oggetto e pertanto, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiara:

di godere dei diritti civili e politici;

di essere persona di ineccepibile condotta ai sensi dell'art 348, quarto comma, cod. civ.;

di non avere riportato condanne penali e di non aver carichi penali pendenti;

di essere in possesso del seguente titolo di studio:

Diploma: _____

Laurea: _____

di aver svolto attività di volontariato presso l'Associazione di Volontariato: _____ iscritta al Registro Regionale al n. _____ (si allega, obbligatoriamente, stralcio dello Statuto dell'Associazione attestante l'assistenza a favore di categorie di soggetti svantaggiati);

di essere già stato nominato:

Amministratore di sostegno	<i>incarico tuttora in corso</i>	si	no
Tutore	<i>incarico tuttora in corso</i>	si	no
Protutore	<i>incarico tuttora in corso</i>	si	no
Curatore	<i>incarico tuttora in corso</i>	si	no

di aver propensione al sostegno dei soggetti in stato di fragilità.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati forniti con la presente dichiarazione possano essere trattati, nel rispetto del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), per gli adempimenti connessi alla selezione cui chiede di partecipare.

Si allega copia di un documento di identità in corso di validità alla data di scadenza del bando

_____ li _____

Firma
_____