

**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:

**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 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

**Allegato 2.B**  
**Domanda di iscrizione nell'elenco degli Amministratori di Sostegno – Sezione B-**  
**“Modello Fondazioni, Associazioni di Volontariato o di Promozione Sociale “**

Il sottoscritto/a

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

Dati di nascita

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

Residente a

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

Codice Fiscale

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

Recapiti

Telefono	Cellulare
Email	

in qualità di legale rappresentante della Fondazione, Associazione di Volontariato o di Promozione sociale operante in ambito:

socio-assistenziale;

socio sanitario;

sanitario;

altro

specificare \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

di essere iscritto all'Elenco delle persone, fondazioni, associazioni di volontariato o di promozione sociale **sezione B**, disponibili ad assumere l'incarico di Amministratore di Sostegno 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:

**DICHIARA**

di essere cittadino italiano o cittadino straniero regolarmente residente e/o domiciliato sul territorio della Regione Toscana;

- di avere la maggiore età;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio : \_\_\_\_\_
- di svolgere o aver svolto, la seguente attività professionale \_\_\_\_\_:
- 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 : \_\_\_\_\_

- 
- 
- eventuali esperienze o incarichi di amministratore di sostegno assunti o in atto : \_\_\_\_\_
- 
- 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 garantire che le persone delegate indicate nell'elenco dei soci siano in possesso dei requisiti previsti dal bando.

#### 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 (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, 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 della fondazione, associazione di volontariato o di promozione sociale.*

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

*Allega elenco dei soci disponibili ad essere inseriti nell'elenco ed in possesso dei requisiti previsti dal bando cui il legale rappresentante intende delegare ai sensi dell'art. 408 del Codice Civile.*

Firenze, in data \_\_\_ / \_\_\_ /2023

Firma per esteso

**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:

**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 \_\_ / \_\_ /2023

Firma per esteso

### **Allegato 3**

## **Informativa sulla Privacy e trattamento dati personali Informazioni ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del consiglio del 27 aprile 2016**

### **INFORMATIVA per Il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, l'Azienda USL Toscana Centro (di seguito anche "l'Ente"), in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuto a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

1. Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è l'Azienda USL Toscana Centro con Sede legale Piazza Santa Maria Nuova, 1 - Firenze - P.I. e C.F.: 06593810481

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di iscrizione all'Elenco delle persone disponibili ad assumere l'incarico di Amministratore di Sostegno Ufficio... PEC

2. Il Responsabile della protezione dei dati personali.....

3. Responsabili del trattamento.

L'Ente può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l'Ente ha la titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli di esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati. Vengono formalizzate da parte dell'Ente istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Vengono sottoposti tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

4. Soggetti autorizzati al trattamento I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei dati personali.

5. Finalità e base giuridica del trattamento Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dall'Ente per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 letto e) non necessita del suo consenso.

I dati personali sono trattati per le seguenti finalità: procedura di iscrizione ELENCO DELLE PERSONE DISPONIBILI AD ASSUMERE L'INCARICO DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

6. Destinatari dei dati personali I suoi dati personali non sono oggetto di comunicazione o diffusione

7. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

8. Periodo di conservazione I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e

indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

9. I suoi diritti nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

10. Conferimento dei dati Il conferimento dei suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate.

Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di completare l'istruttoria finalizzata all'iscrizione **ELENCO DELLE PERSONE DISPONIBILI AD ASSUMERE L'INCARICO DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**.