

Istanza di iscrizione presso il Registro degli Amministratori di Sostegno della Regione Campania

All'Ufficio del Garante dei diritti delle persone con disabilità della Regione Campania

Il/La sottoscritto/a

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a a: _____

Il: _____

Residente a: _____ Provincia di: _____

Alla Via / Piazza: _____ N. Civico: _____

Codice Fiscale: _____

Tel: _____

Cell: _____

E.mail: _____

PEC: _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/00 n. 445; ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000; sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di godere dei diritti civili e politici; di non avere riportato condanne penali; di non essere sottoposto a procedimento disciplinare/penale, per quanto a sua conoscenza; di essere persona di ineccepibile condotta, ai sensi dell'art. 348, IV comma Codice Civile

A tal fine

CHIEDE

di essere iscritto al Registro degli Amministratori di sostegno della Regione Campania, nella sezione

- Avvocati
- Notai
- Commercialisti ed Esperti contabili
- Servizi Sociali
- Altro

Impegnandosi a comunicare tempestivamente l'eventuale richiesta di cancellazione.

A tal fine

DICHIARA

- Titolo di studio:

- Esperienze lavorative:

- Esperienze di volontariato:

- Altro:

La propria disponibilità a svolgere il ruolo di amministratore di sostegno in base alle seguenti specifiche:

Area di riferimento:

- tutto il territorio regionale;
- tutta la Provincia di: _____
- Comune di: _____

Tipo di problema:

- Non autosufficienza
- Disabilità
- Salute Mentale
- Altro

Inoltre, dichiara:

- Di aver svolto precedenti incarichi di Amministratore di sostegno

-Presso: _____

- Di NON aver svolto precedenti incarichi di Amministratore di sostegno

Di aver svolto attività di:

- Tutore
- Protutore
- Curatore
- Nessuna delle precedenti

ALLEGA

-Curriculum Vitae;

-Copia di un valido documento di identità.

Luogo: _____ Data: _____

Firma (per esteso): _____

INFORMATIVA E CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI (DLGS 196 / 2003)

Ai sensi dell'art. 23 D.L.vo n. 196/2003 (Codice Privacy) dichiaro di consentire al trattamento dei miei dati personali per la formazione di elenchi trattati con strumenti manuali, informatici e telematici e che potranno essere pubblicati sul Sito internet della Regione Campania e del Garante dei diritti delle persone con disabilità della Regione Campania.

Luogo: _____ Data: _____

Firma (per esteso): _____