

**All'Azienda USL Toscana Nord Ovest
UOC Coordinamento delle Funzioni Tecnico
Amministrative dei Dipartimenti Sanitari e
Funzioni Trasversali
Dirigente: D.ssa Maida Pistolesi
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it**

Istanza di partecipazione in qualità di componente alla Consulta di Salute Mentale ASL Toscana Nord Ovest.

Il/la Sottoscritto/a _____ nato a _____ il
_____, in qualità di _____ Rappresentante Legale di _____
(precisare se si
tratta di associazione di familiari/utenti o di organismi di volontariato e per la tutela dei diritti o di
associazioni scientifiche) codice fiscale _____ con sede legale nel
Comune di _____ via/piazza
_____ n. _____ tel. _____
mail _____ sito web _____
pec (associazione) _____

Manifesta il proprio interesse a partecipare all'avviso pubblico finalizzato all'individuazione dei Componenti della Consulta Salute Mentale della ASL Nord Ovest , per la seguente sezione:

- ☐ Sezione associazioni dei familiari;
- ☐ Sezione associazioni degli utenti;
- ☐ Sezione organismi di volontariato e per la tutela dei diritti;
- ☐ Sezione società scientifiche

A tal fine allega alla presente:

- copia dell'Atto Costitutivo,
- documentazione attestante, coerentemente con le finalità statutarie, la specifica ed effettiva attività svolta, nel settore della salute mentale a livello regionale o locale e il numero di anni di svolgimento della stessa,
- il numero di soci iscritti nel territorio regionale al 31 Dicembre 2022,
- copia dello Statuto,
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Allega inoltre la seguente documentazione (necessaria solo per le società scientifiche):

- ☐ dichiarazione precisante il numero di eventi sul tema della salute mentale (convegni, congressi..) nel territorio provinciale, aziendale, regionale,
- ☐ numero di atti di rilevanza tecnico scientifici in tema di salute mentale e eventuale materiale divulgativo.

Chiede inoltre

Che ogni comunicazione relativa al presente avviso sia inoltrata al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n. _____ cap _____

Città _____ Prov. _____ Email _____
_____ pec _____

(da compilare solo in caso di non coincidenza con i corrispondenti dati resi nella prima parte del seguente modello e intendendosi per pec quella dell'associazione o dell'organismo o della Società Scientifica)

Il Sottoscritto/a in merito al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e ai documenti ad essa allegati esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e delle modalità di cui al Dlgs 196/2003 e s.m.i

Luogo _____ data _____

Firma

**Si invita ad inviare, in contemporanea alla pec, una mail a:
sonia.baronti@uslnordovest.toscana.it**