

	<b>MODULO PER RICHIESTA DI INSERIMENTO NELL' ELENCO PER AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	All. n. 1
--	--	-----------

Io sottoscritto NOME.....COGNOME.....

n. a.....Prov.....

il.....

residente a

.....via/piazza.....

n° di tel.....indirizzo di posta elettronica (eventuale  
PEC).....

in possesso di attestato di corso di formazione dal

titolo.....

.....

organizzato da.....

.....

in data.....

DICHIARO LA MIA DISPONIBILITA' A SVOLGERE IL COMPITO DI AMMINISTRATORE  
DI SOSTEGNO (Ads)  
e a tal proposito CHIEDO

di essere iscritto nell'elenco gestito dal "Dipartimento Servizio sociale, Non  
Autosufficienza, Disabilità" dell'Azienda Toscana Nordovest nelle suddette Zone  
(massimo tre preferenze)

☐ Apuane

☐ Lunigiana

☐ Valle del Serchio

	<b>MODULO PER RICHIESTA DI INSERIMENTO NELL' ELENCO PER AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	All. n. 1
--	--	-----------

- ☐ Piana di Lucca
- ☐ Versilia
- ☐ Pisana
- ☐ Alta Val di Cecina/ Valdera
- ☐ Livornese
- ☐ Valli Etrusche
- ☐ Elba

Si indica altresì:

1) l'ambito territoriale dei seguenti Tribunali (massimo due)

- ☐ Massa
- ☐ Lucca
- ☐ Pisa
- ☐ Livorno

2) la sezione scelta:

- ☐ professionisti
- ☐ associazioni o fondazioni operanti nel sistema sociale e socio-sanitario integrato
- ☐ altri

3) ambito di intervento di preferenza:

- persone anziane
- persone con disabilità
- persone con problematiche di salute mentale
- persone con problematiche di dipendenze

Si allega:

- "curriculum vitae";
- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità datato e firmato;

	<b>MODULO PER RICHIESTA DI INSERIMENTO NELL' ELENCO PER AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO</b>	All. n. 1
--	--	-----------

- Copia attestato di formazione per Ads.

I dati personali saranno trattati nel rispetto dei principi stabiliti dal Regolamento dell'Unione Europea n° 2016/679.

In fede

DATA..... FIRMA.....

La domanda deve essere inviata con gli allegati al seguente indirizzo di posta elettronica:

[iscrizioni.ads@uslnordovest.toscana.it](mailto:iscrizioni.ads@uslnordovest.toscana.it)

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: BRIZZI LAURA

DATA FIRMA: 03/02/2022 09:16:52

IMPRONTA: 34623731643330343638323964386238366138386632366130313135333134376361613461323065