



CITTÀ DI AFRAGOLA

Città Metropolitana di Napoli

Settore Affari Generali

Servizio Politiche Sociali

Allegato 1

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO DEGLI AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO, DEI CURATORI E DEI TUTORI DEL COMUNE DI AFRAGOLA

Comune di Afragola
Piazza Municipio, n.1 – 80021 Afragola
PEC :politiche_sociali@pec.comune.afragola.na.it

Dichiarazioni sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a Avvocato/Commercialista/Volontario _____/
nato/a _____ (Prov. _____) il _____, Codice
Fiscale _____, Partita IVA _____, iscritto/a all'Ordine degli
Avvocati di _____/all'Ordine dei Commercialisti
di _____/all'Organizzazione di Volontariato del Terzo
Settore _____ con iscrizione dal
_____, residente in via/piazza _____ n.
_____, CAP _____ Città
_____, Prov. _____, con studio
professionale in _____, via/piazza _____ n. _____
cap _____ città _____, Telefono
_____ Cell. _____ Fax
_____ e-mail _____ Posta
certificata _____;

manifestando il proprio interesse all'Avviso pubblico per l'iscrizione all'**ELENCO DEGLI
AMMINISTRATORI DI SOSTEGNO, DEI CURATORI E DEI TUTORI DEL COMUNE DI AFRAGOLA**

CHIEDE

Di essere iscritto/a nel suddetto Elenco e all'uopo (barrare le dichiarazioni che non interessano)

DICHIARA DI

- essere Avvocato/Commercialista iscritto/a all'Albo professionale da almeno 2 anni;



CITTÀ DI AFRAGOLA

Città Metropolitana di Napoli

Settore Affari Generali

Servizio Politiche Sociali

- essere Volontario/a con adeguata preparazione sugli aspetti giuridici, economici, relazionali e procedurali e con esperienza pregressa in tali istituti giuridici con familiari o altri soggetti “fragili” comprovata da documentazione e/o anche appartenenti ad Organizzazioni di Volontariato del Terzo Settore (Caritas, Associazioni, Onlus...);
- non trovarsi in alcuna delle situazioni d’incapacità a contrattare con la pubblica amministrazione;
- non aver subito condanne penali ostative all’esercizio della professione;
- essere in possesso di polizza assicurativa per la copertura della propria responsabilità professionale con adeguati massimali per sinistro n. _____ Compagnia Assicurativa _____;
- essere consapevole che l’ordine di arrivo delle istanze non farà sorgere in capo all’Ente o al Tribunale alcun obbligo di affidamento degli incarichi ai soggetti selezionati;
- essere consapevole che la cancellazione dall’**Elenco degli Amministratori di Sostegno dei Curatori e dei Tutori del Comune di Afragola** avverrà:
 - su richiesta dell’interessato in ogni momento con preavviso di almeno 30 giorni, comunicato tramite posta certificata del Comune di Afragola;
 - d’ufficio nel caso in cui si accerti che sono venuti meno i requisiti fondamentali previsti;
 - d’ufficio a fronte di una sentenza di revoca dell’incarico da parte del Giudice Tutelare.
- essere in possesso di particolare e comprovata esperienza, in ordine agli uffici da ricoprire, le cui specifiche indicazioni sono riportate nel curriculum professionale;
- autorizzare l’Azienda Consortile Agro Solidale al trattamento dei propri dati, ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e del Regolamento UE 679/16, per tutte le procedure relative e/o conseguenti all’iscrizione all’Albo secondo quanto indicato nell’avviso pubblico.



CITTÀ DI AFRAGOLA

Città Metropolitana di Napoli

Settore Affari Generali

Servizio Politiche Sociali

Il/La sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo PEC _____, impegnandosi a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni successive.

Allega alla domanda la seguente documentazione:

1. Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità;
2. Copia sottoscritta del curriculum professionale attestante l'adeguata preparazione sugli aspetti giuridici, economici, relazionali e procedurali e con esperienza pregressa in tali istituti giuridici con familiari o altri soggetti "fragili" e le eventuali specializzazioni riferite alle tematiche oggetto degli istituti giuridici in esame con autorizzazione al trattamento dei dati personali.

Luogo e Data _____ Firma _____