



*ALLEGATO 2) da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA*

**Alla Società della Salute  
Zona Fiorentina Nord Ovest**  
Sede legale Via A. Gramsci, 561 – 50019  
Sesto Fiorentino (FI)

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI  
SERVIZI E PRESTAZIONI  
PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'  
POR Regione Toscana  
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020**

**Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà  
Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per  
sostegno alla domiciliarità”  
Progetto ACCOMPAGNATI VERSO CASA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualita di legale rappresentante di

\_\_\_\_\_

avente sede legale in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_) Via

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F./P.IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Referente per il Progetto \_\_\_\_\_

avente la seguente forma giuridica:

\_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione del  
seguente pacchetto interventi, così come definito dall'art. 17 dell'Avviso regionale  
"Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla  
domiciliarità"**

descrizione intervento	struttura intervento
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 12 gg

**e a tal fine DICHIARA CHE**

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

**S'IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(firma del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

*N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*