



ALLEGATO 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

**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 Inclusionione 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 _____

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei
 seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento
 che ci si candida ad erogare)**

<i>livello</i>	<i>descrizione interventi*</i>	<i>operatore</i>	<i>Struttura intervento</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane		
basso	Riattivazione,	Fisioterapista	5 accessi in 3		

	Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver		settimane		
medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 accessi in 3 settimane		
medio	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____
dal __/__/__ con numero _____

DICHIARA inoltre

- 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 dei dati e/o requisiti richiesti.

(luogo e data)

(firma)

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