



ALLEGATO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie

**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 qualità 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 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>
minimo	interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione caregiver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane		
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, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista	5 accessi in 3 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		

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 legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82, e del successivo regolamento di attuazione 3 marzo 2010, n. 29/R, per gli interventi specificati;
- 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 decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- che il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede e 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.