



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 qualità di legale rappresentante di

avente sede legale in _____ (cap _____)
Via _____ n. _____
C.F./P.IVA _____
Tel. _____, e-mail _____ PEC _____
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.