



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 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 _____
Tel. _____, e-mail _____ PEC _____
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>
----------------	--------------------------------	------------------	-----------------------------	-----------	-----------

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		

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.