

MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie

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: *Serenamente a casa-Zona Fiorentina Sud-Est*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
 il ___ / ___ / _____ C.F. _____
 residente in _____ (cap _____) Via _____
 n. _____ in qualità di legale rappresentante di:

_____ (cap _____)
 avente sede legale in _____
 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 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 d'intervento</i> | <i>Si</i> | <i>No</i> |
|----------------|---|------------------|-------------------------------|-----------|-----------|
| minimo | interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver | 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 | | |
| | Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver | 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 | | |
| | Trattamento riabilitativo (in | Fisioterapista | 8 accessi in 3 settimane | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | relazione al quadro funzionale), supporto al self management | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

l'impresa / ente svolge attività di:

può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- 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;
- 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.