

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

**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 ACOT “ DALL’Ospedale al Territorio “ (DARIO)**

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:  
\_\_\_\_\_ (inserire altri eventuali  
recapiti telefonici \_\_\_\_\_)

**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)**

LIVELLO	Descrizione Interventi*	operatore	Struttura intervento	SI	NO
MINIMO	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, 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		
	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		
	Trattamento riabilitativo ( In relazione al quadro funzionale) supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		

**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 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.***