

(da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA)

**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 qualita 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 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 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;
- 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.***