

(da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale)

**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. _____ (inserire uno o più recapiti telefonici ed indirizzi
mail _____)

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
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		

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal __/__/__ con numero _____
- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

• _____	dal __/__/__ al __/__/__
• _____	dal __/__/__ al __/__/__
• _____	dal __/__/__ al __/__/__
• _____	dal __/__/__ al __/__/__

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

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.

(luogo e data)

(firma)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.