



SOCIETA' SALUTE AMIATA SENESE E VAL D'ORCIA VAL DI CHIANA SENESE
Comuni di Comuni di Abbadia San Salvatore, Castiglione d'Orcia, Piancastagnaio, Radicofani, San Quirico d'Orcia, Cetona,
Chianciano Terme, Chiusi, Montepulciano, Pienza, San Casciano dei Bagni, Sarteano, Sinalunga, Torrita di Siena, Trequanda e
Azienda USL Toscana Sud-Est.

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI
PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' – AZIONE 1

POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020
Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

**Avviso regionale “Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell’autonomia”-
Progetto DA.ME.**

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 per persone con limitazione dell'autonomia (selezionare le prestazioni/servizi per cui ci si candida ad erogare, la relative tariffa e l'unità di misura)

Tipologia di intervento	Operatori	Tipologia di prestazione	Prestazione prescelta (indicare SI/NO)	Unità di misura (ora/giorno/Km ecc...)	Tariffa prestazione (compresa IVA se dovuta)
<i>Servizi domiciliari professionali</i>	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio			
	PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia			
	Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzazione della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale. Stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore. Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>			
	FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti			
	PSIC	Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i> , monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia. Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico			
<i>Servizi extra-domiciliari</i>	PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone			
	FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone			
	PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8- 10 persone)			
<i>Servizi semi-residenziali</i>		Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)			
<i>Altri servizi extra-domiciliari</i>		Caffè Alzheimer			
		Atelier Alzheimer			
		Musei per l'Alzheimer			
<i>Servizio di trasporto</i>		Trasporto utenti			

a tal fine 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:

e DICHIARA

- 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 "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, che, in conformità di quanto previsto da dal D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 e Regolamento UE 679/2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati) i dati forniti con il presente modello saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente 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;
- a rispettare i termini e modalità di rendicontazione previsti per il progetto in oggetto.

DICHIARA inoltre

(barrare solo da chi intende erogare servizi NON a domicilio)

- 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.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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