

**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 “Ti Accompagno verso Casa”**

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: \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti interventi per il sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti di intervento che ci si candida a erogare)**

<b>Livello</b>	<b>Descrizione interventi*</b>	<b>Operatore</b>	<b>Struttura intervento</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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		
basso	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		
medio	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane		

**e a tal fine DICHIARA**

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 82, e del successivo regolamento di attuazione 3 marzo 2010, n. 29/R, per gli interventi specificati;
- 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 decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- che il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

**S'IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede e 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.*