



Allegato 1
(da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e socio-sanitarie)

Alla Società della Salute Pratese
Via Roma 101
59100 – PRATO
Pec sdsareapratese@legamail.it

**MODELLO MANIFESTAZIONE DI 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 P.A.C.O.T.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il ___/___/___/
C.F. ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
Residente in _____ (CAP _____)
Via _____ n. _____
in qualità di legale rappresentate di _____
Avente sede legale in _____ (CAP _____)
Via _____ n. _____
C.F./P.IVA _____
Tel _____ email _____
PEC _____
Avente la seguente forma giuridica :

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

- Di essere accreditato per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco secondo il disposto della L.R. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 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 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;
- Che il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

SI 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.