



MODELLO 3) 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 DOMICILIARITÀ**

Fondo di sviluppo e coesione (FSC)

Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare"

AZIONE 2: Percorsi di cura ed il sostegno familiare di persone affetta da demenza

Progetto "ADIPRO"

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (___)

il ___/___/___ C.F. _____ residente in

_____ (cap _____) Via _____ n. _____

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)

Tipologia di intervento	Operatore	Si	No
Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver, presenza di supporto per permettere al caregiver la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio.	OSA o OSS		
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia.	PSIC		
Intervento di psico educazione al caregiver, 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.	PSIC		
Formazione del caregiver e dell'ambiente sociofamiliare in base al Progetto Educativo all'utilizzo 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 caregiver.	Educatore Prof.le/ Animatore		

Tipologia di intervento	Operatore	Si	No
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti.	FKT		
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone.	PSIC/ NEUROPSIC		
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone.	FKT/(Laureati in Scienze motorie e Diplomati ISEF o in Fisioterapia)		
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone).	PSIC		

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 “**Sostegno ai servizi di cura domiciliare**” e di accettare quanto in esso previsto;
- di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni dell'avviso di selezione;
- essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti;
- 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.