

FSCFondo per lo Sviluppo
e la Coesione

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Toscana



Società della Salute della Toscana



MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie

**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 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale territorio

Progetto "ADIPRO"

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 servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatore</i>	<i>Si</i>	<i>no</i>
Interventi di supporto e monitoraggio Attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS		
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere		
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazioni complesse	Infermiere		

Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	Fisioterapista		
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al selfmanagement	Fisioterapista		

e a tal fine DICHIARA E 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 (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- 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 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Sostegno ai servizi di cura domiciliare”** e di accettare quanto in essi previsto;
- che nel proprio Statuto è prevista la realizzazione di attività compatibili con quelle richieste dall'Amministrazione;
- di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dall'art. 80, del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., per quanto compatibili con la natura giuridica degli Enti del Terzo settore e di non trovarsi in alcuna ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione prevista dalla legge;
- l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse previste dall'art. 42 del D.Lgs n.50/2016 nei confronti della Società della Salute Senese;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente;
- di avere preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento delle attività progettuali e di avere ritenuto le condizioni tali da consentire la presentazione del progetto per la sua realizzazione;
- 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 dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, e s.m.i che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente 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.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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