

FSCFondo per lo Sviluppo
e la Coesione

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Toscana



Società della Salute della Toscana



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 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale territorio

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)

<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 care giver.	Fisioterapista		
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management.	Fisioterapista		

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.