



Livello	descrizione interventi	operatore	struttura intervento	SI	NO
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 care-giver	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 in possesso del seguente titolo di studio _____
- Di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____
dal ____ | ____ | ____ | con numero _____

DICHIARA inoltre

- 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;

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni 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