



ALLEGATO 3 (da compilare a cura degli operatori economici gestori di RSA)

Modello Manifestazione di interesse per l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni di cui alle Tabelle 1 e 2 dell'Avviso regionale: "Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare" (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto "DOMUS" Codice Progetto 290195 - con finanziamento del Fondo Sviluppo e Coesione.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___ / ___ / ___ / C.F. _____ residente in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____ in qualita di legale rappresentante

di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____

C.F. P.IVA _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

avente la seguente forma giuridica:

in possesso di accreditamento n _____ del _____ conseguito presso il Comune di _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla "AZIONE 1 - Servizi di continuità assistenziale ospedale – territorio (Tabella 1 dell'Avviso Regionale)"
(selezionare la/le "Tipologia di prestazione" che ci si candida ad erogare).

Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.*	Ricovero in RSA per 20 gg.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	--------------------------------	--------------------------------

* assicurando i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria.

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla "AZIONE 2 - Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza" (Tabella 2 dell'Avviso Regionale).
(selezionare la/le "Tipologia di prestazione" che ci si candida ad erogare).

Ricovero di sollievo in RSA – Modulo Base	Max 30gg in RSA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ricovero di sollievo in RSA – Modulo Specialistico	Max 30gg in RSA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

e a tal fine DICHIARA E INFORMA

- 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 i servizi e le prestazioni specifiche;
- Che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- 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;
- di aver preso visione dell'Informativa su trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese www.sds.prato.it

- 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***

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante)

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