



Fondo per lo Sviluppo  
e la Coesione



Regione Toscana



*ALLEGATO 1 (da compilare a cura degli operatori economici.)*

**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 qualità 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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).**

<b>Operatori</b>	<b>Tipologie di Prestazioni</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
OSA o OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care-giver;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infermiere	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive ( es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali);  Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisioterapista	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del care-giver;  Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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).**

<b>Operatori / Attività</b>	<b>Tipologie di Prestazioni</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO	Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i> , 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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educatore Prof.le / Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> e dell’ambiente socio-familiare 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 <i>caregiver</i> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO / NEUROPSICOLOGO	Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 4-8 persone;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FKT/(Laureati in Scienze motorie e Diplomatici ISEF o in Fisioterapia)	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 3 -10 persone;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGO	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (4-10 persone)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporto utenti	Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caffè Alzheimer	Caffè Alzheimer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atelier Alzheimer	Atelier Alzheimer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musei per l'Alzheimer	Musei per l'Alzheimer;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE**

. l'impresa / ente svolge attività di:

---

a. il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta in possesso delle qualifiche richieste dalla normativa vigente per il corretto svolgimento del/dei servizio/i indicati

b. l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

## DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi e le prestazioni per le quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Sostegno ai servizi di Cura Domiciliare” (Decreto regionale n. 11622 del 18.06.2021) Progetto “DOMUS”** e di accettare quanto in esso 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 dichiara-razione viene resa;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;
- 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](http://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.*