



	idratante, medicazione semplice;		
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>
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"/>
FISIOTERAPISTA	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"/>

PSICOLOGO	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (4-10 persone)	□	□
-----------	--	---	---

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

Di essere in possesso del seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_;

Di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto)

\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| con numero \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA inoltre**

- 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 dichiarazione 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 dei dati e/o requisiti richiesti.

**COMUNICA**

(luogo e data) \_\_\_\_\_

(firma)

\_\_\_\_\_

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