

## ALLEGATO 2

*da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA*

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI AUTORIZZATI  
ALL'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI CUI ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVISO  
REGIONALE: "SOSTEGNO ALL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA DOMICILIARE"  
(Decreto regionale n. 14104/2023)**

**FONDO DI SVILUPPO E COESIONE**

**Progetto "A Do.Po Bis" - codice 309121**

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 \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, 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 dei seguenti interventi, così come definito dall'artt. 9 e 10 dell'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" (selezionare l'azione e i relativi pacchetti interventi che ci si candida ad erogare)**

**AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio:**  **SI**  **NO**

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

**AZIONE 2 – Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza:**

**SI**  **NO**

descrizione intervento		SI	NO
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA	Modulo base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA.	Modulo specialistico a seconda della presenza di disturbi comportamentali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- l'impresa / ente svolge attività di:

- può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

### **DICHIARA inoltre**

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, e di essere in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 (modificato con D.P.G.R. n. 12/R del 22 marzo 2021);
- *(si applica solo per l'erogazione del pacchetto interventi "Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito (Ricovero in RSA per 20 giorni)" di cui al paragrafo 3.1 dell'avviso)* che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" (Decreto Regionale n. 14104 del 26.06.2023) 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 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](http://www.sds.prato).

### **S'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.*