



Allegato 2

da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA

Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PRATESE

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI DI CUI
ALLE TABELLE 1 e 2 DELL'AVVISO REGIONALE: "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE
CURE DOMICILIARI" (Decreto regionale n. 27538/2023)**

PR FSE+ 2021-2027

Progetto IGEA Cod. 312742 CUP G39G24000280006

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 "Interventi di sostegno alle cure domiciliari"(DdRT 27538/2023) (selezionare l'azione e i relativi pacchetti intervento 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 setting di cure intermedie residenziali 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
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni	<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 per l'erogazione del solo pacchetto interventi "Ricovero in setting di cure intermedie residenziali per 20 gg." di cui al paragrafo 3.1 dell'avviso nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito)* che la struttura, oltre a risultare accreditata al momento della presentazione della domanda, è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento n. 2/R del 9 gennaio 2018 (modificato con D.P.G.R. n. 12/R del 22 marzo 2021) per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria o dal Regolamento n. 79/R DPGR del 17/11/2016, allegato A strutture D.6 e D.7 rispettivamente per il Setting LOW CARE e Residenzialità Sanitaria Intermedia.
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse della SdS Pratese e l'Avviso regionale "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI" (Decreto regionale n. 27538/2023 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;



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.