



ALLEGATO 1

da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e
socio-sanitarie e altri servizi alla persona

Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE AREA PRATESE

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER

**L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI
DELL'AVVISO REGIONALE: "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI
NELLE AREE INTERNE 4 CASENTINO/VALTIBERINA E 6 MUGELLO/VALDARNO/ VAL
BISENZIO" (Decreto Regionale n. 12748/2026)**

PR FSE+ 2021-2027

**Progetto AREE INTERNE SOSTEGNO E CURA IN VAL BISENZIO Cod. 326730 CUP
G39G26000200006 CIG BCA3A9E8A3**

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 servizi e prestazioni per sostegno ai servizi di cura domiciliare (selezionare i relativi pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)

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

Tipologia di intervento	Operatori	SI	NO
Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i>	OSA/OSS/ADB	☐	☐
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	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			
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>	Educatore Professionale	☐	☐
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti	Fisioterapista	☐	☐
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso	Psicologo/ Neuropsicologo	☐	☐
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi	Fisioterapista	☐	☐
Supporto psicologico alla famiglia - gruppo chiuso	Psicologo	☐	☐
Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata)		☐	☐
Caffè Alzheimer		☐	☐
Atelier Alzheimer		☐	☐
Musei per l'Alzheimer		☐	☐
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		☐	☐



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, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo Regolamento 11 agosto 2020, 86/R, nonché delle delibere regionali di riferimento per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse della SdS Pratese e l'Avviso regionale "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI NELLE AREE INTERNE 4 CASENTINO/VALTIBERINA E 6 MUGELLO/VALDARNO/VAL BISENZIO" (Decreto regionale n. 12748/2026) e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato che i dati raccolti anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa e che saranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento (UE) 679/2016;

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.