



Allegato 2

da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA

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 interventi, così come definito dall'art. 14 dell'Avviso regionale "Interventi di sostegno alle cure domiciliari nelle aree interne 4 Casentino/Valtiberina e 6 Mugello/Valdarno/Val Bisenzio"(DdRT 12748/2026)

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

descrizione intervento	SI	NO
Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale): Max 30 giorni	☐	☐

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);
- 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.