



Allegato 3

**da compilare a cura dei singoli professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di
abilitazione professionale**

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 _____

Tel. _____, e-mail _____ PEC _____

**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	S I	N O
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	☐	☐

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio

- di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal
__/__/__ con numero _____
- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

- _____ dal __/__/__ al
__/__/__
- _____ dal __/__/__ al
__/__/__
- _____ dal __/__/__ al
__/__/__



- _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

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

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse della Sds Prato 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.

(luogo e data)

(firma)

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