AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

ENTE: SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni di cui alla tabella 2 dall'Avviso regionale: "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" (Decreto regionale n. 11439/2019) – Progetto "PoD.aD. – Prato Demenze a Domicilio" Codice Progetto 247734

Art. 1 - Premessa

La Società della Salute Pratese indice un'istruttoria pubblica rivolta agli operatori economici che erogano servizi domiciliari professionali, servizi extra domiciliari, servizi semi-residenziali, altri servizi extra domiciliari e servizi di trasporto nella Zona-Distretto Pratese per manifestare l'interesse a essere iscritti nell'elenco per l'erogazione di interventi relativi ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso regionale "*Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia*" emesso dalla Regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà attività PAD B.2.1.3.A. "*Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia*" e approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 17488 del 17.10.2019.

Si definiscono:

- soggetto attuatore: la Società della Salute Area Pratese;

- soggetto/i erogatore/i: il/i soggetto/i individuato/i mediante il presente avviso in apposito elenco.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

La Società della Salute Pratese attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art. 1, ed in particolare i servizi di cui all'art. 5.4 Tabella 2 dell'Avviso regionale.
E' garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata del Progetto FSE, così come previsto dall'Avviso Regionale, pertanto potranno essere presentate candidature fino al mese precedente la scadenza del progetto stesso.
Il primo elenco di operatori sarà costituito entro il **20 dicembre 2019**. La valutazione di ammissione avverrà per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro il **16 dicembre 2019**.

L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per sostenere percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone con una diagnosi di demenza lieve o moderata e le loro famiglie.
Le risorse a disposizione della Società della Salute Pratese per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio di cui all'Azione 1 previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 253.104,90.

Art. 3 – Interventi finanziati tramite l'attribuzione di buoni servizio
L'Avviso regionale prevede il finanziamento, tramite l'attribuzione di buoni servizio, delle seguenti tipologie di intervento:

Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio (*Tabella 2 dell'Avviso Regionale*)

Tipologia di intervento	**Operatori**	**Tipologia di prestazione**
Servizi domiciliari professionali	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione *caregiver,* presenza di supporto per permettere al *caregiver* la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio
	PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
	Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del *caregiver* e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione 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 *caregiver*
	FKT	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
	PSIC	Intervento di psico educazione al *caregiver*, 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
Servizi extra-domiciliari	PSIC/NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neuro cognitiva, riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone
	FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone
	PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8- 10 persone)
Servizi semi-residenziali		Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)
		Caffè Alzheimer

Altri servizi extra-domiciliari		Atelier Alzheimer
		Musei per l'Alzheimer
Servizi di trasporto		Trasporto utenti: veicolo idoneo ed autista

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi al materiale di consumo e degli ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

Ciascun destinatario può ricevere un solo buono servizio durante il periodo di validità del progetto. Il piano di spesa previsto nel buono servizio è predisposto dal soggetto attuatore a seguito di valutazione effettuata dalla UVM zonale anche in forma semplificata, anche in collaborazione con i servizi specialistici competenti, che elabora un **Piano individualizzato**. Il **Piano individualizzato**, può prevedere la combinazione di più interventi diversi per tipologia di prestazione consentendo la composizione di un intervento globale per i bisogni individuati tramite la valutazione multidimensionale.

Per ogni destinatario del Buono servizio il soggetto attuatore predispone un Piano di spesa di importo variabile tra un minimo di Euro 3.000,00 ed un massimo di Euro 4.000,00.

Il piano di spesa sarà formulato in base alle seguenti tariffe (comprensiv di Iva se dovuta):

A) per i "servizi domiciliari":

OSS/OSA	Euro 23,00
Psicologo/Neuropsicologo	Euro 36,50
Educatore Prof.le/Animatore	Euro 24,50
Fisioterapista	Euro 35,00

B) per i "servizi semi-residenziali":

In caso di demenza lieve: Euro 65,00 per l'intera giornata ed Euro 35,00 per la mezza giornata (comprensiva del pranzo).

In caso di demenza moderata: Euro 72,00 per l'intera giornata ed Euro 40,00 per la mezza giornata (comprensiva del pranzo).

Le suddette tariffe sono comprensive del servizio di trasporto. Qualora il trasporto non sia previsto nel piano individualizzato, o per altre ragioni non sia erogato, le tariffe si ridurranno di 5 Euro a tratta (andata o ritorno).

C) per i "servizi extra-domiciliari":

C1 - Interventi di Psico/Neuropsic. sull'utente: Euro 15,00 ad utente a seduta - attivazione per gruppi da 2 ad 8;

C2 - Interventi di Psic. quale supporto per la famiglia: Euro 12,00 ad utente per seduta - attivazione per gruppi da 2 a 10;

C3 - Interventi di fisioterapista per AFA: Euro 12,00 ad utente per seduta per demenza moderata - attivazione per gruppi da 2 a 10; Euro 10,00 ad utente per seduta per demenza lieve - attivazione per gruppi da 2 a 10;

D) per gli "altri servizi extra-domiciliari " :

Il soggetto erogatore deve presentare una propria proposta progettuale d'intervento, indicando la tipologia e la quantità in termini orari del personale impiegato, il numero di utenti accoglibile contemporaneamente per ogni intervento e la tariffa per utente, dettagliando le voci di costo che contribuiscono a determinarla. I locali dove si svolge l'attività del Caffè e dell' Atelier Alzheimer devono

essere messi a disposizione dall'operatore interessato. Le tariffe per utente ad intervento/incontro non potranno comunque eccedere i seguenti costi:
D1 - Caffè Alzheimer Euro 20,00
D2 - Atelier Alzheimer Euro 30,00
D3 - Museo Alzheimer Euro 30,00

E) per il "servizio di trasporto":
E1 - per i "servizi domiciliari" (laddove ad es. si rendano necessarie delle visite) : Euro 10,00 a tratta per utente (andata e ritorno);
E2 - per i "servizi extra domiciliari " ed "altri servizi extra domiciliari" 5 Euro a tratta per utente.

Qualora l'erogazione degli interventi previsti dal Piano di spesa venga interrotta per cause dipendenti dal beneficiario, al soggetto erogatore sarà riconosciuta la spesa corrispondente al valore degli interventi effettivamente erogati sino al momento dell'interruzione, anche se inferiori all'importo minimo previsto (€ 3.000,00).
I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute Pratese agli aventi diritto fino a esaurimento delle risorse di cui all'art. 2 del presente Avviso e soltanto a seguito della formulazione del Piano individualizzato e della sottoscrizione del relativo Piano di spesa.
Gli interventi dovranno essere erogati secondo le modalità indicate nel Piano di spesa e sarà cura della Società della Salute Pratese verificarne il loro rispetto.

Possono accedere alle prestazioni offerte dagli operatori che saranno inseriti nell'elenco di cui alla presente istruttoria anche persone residenti in altre zone-distretto. La stesura e la sottoscrizione del Piano di spesa, nonché di tutti gli altri obblighi legati alla verifica e all'erogazione del Buono servizio restano nella responsabilità della SdS/zona-distretto di residenza.

Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite addendum all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario.

Il soggetto attuatore verificherà che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano individualizzato e l'effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

Art. 4 – Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Alla presente procedura possono partecipare i soggetti accreditati, al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010.
Per i servizi Caffè e Atelier Alzheimer, si rinvia altresì alla Delibera regionale n. 224/2018.
Per quanto riguarda i requisiti per l'AFA, si rimanda alla normativa di settore ed alle disposizioni in materia.
Non possono partecipare alla procedura persone fisiche e singoli professionisti.
I suddetti operatori potranno avere sede legale o meno nella Zona-Distretto Pratese e potranno partecipare agli Avvisi emessi da altre zone-distretto della Toscana.

I soggetti interessati possono partecipare in forma singola o riuniti in raggruppamenti temporanei.
Nel caso di rggruppamento dovrà essere specificato il mandatario che avrà la rappresentanza del raggruppamento e che sarà legittimato a sottoscrivere il contratto in rappresentanza dell'intero raggruppamento e a fatturare per l'intero pacchetto.
Ogni partecipante - sia come singolo sia come componente di un raggruppamento - dovrà compilare il modello di manifestazione d'interesse e barrare le tipologie di prestazione per le quali è accreditato.

Nel caso di ***concorrente singolo***:

- dovranno essere barrate le "*tipologie di interventi*" per le quali manifesta l'interesse, impegnandosi in tal modo a fornire tutti gli operatori ed erogare tutte le "*tipologie di prestazioni*" comprese nella tipologia di intervento selezionata.

Nel caso di **raggruppamento temporaneo**:

- il mandatario dovrà barrare le "*tipologie di interventi*" per le quali manifesta l'interesse, nonchè le tipologie di prestazioni che erogherà e per le quali è accreditato.
- il mandante/i mandanti dovrà/dovranno barrare le "*tipologie di prestazioni*" che erogherà/erogheranno e per le quali è/sono accreditato/i.

Sono invitati a partecipare al presente Avviso gli operatori economici **accreditati:**

1. per fornire "prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie" di cui alla Tabella 2 sopra riportata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati all'art. 2 del presente Avviso;

2. per fornire "servizi extra-domiciliari" di cui alla Tabella 2 sopra riportata, nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati all'art. 2 del presente Avviso;

3. per fornire uno o più dei seguenti " Altri servizi extra-domiciliari:

   a) Caffè Alzheimer
   b) Atelier Alzheimer
   c) Musei per l'Alzheimer

4. per fornire prestazioni semiresidenziali in Centri diurni in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla normativa vigente per "servizi semi residenziali";

5. per fornire il servizio di trasporto.

Gli operatori economici che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda per tutti i servizi per i quali si propongono.

Le "***tipologie di intervento"*** per le quali è possibile candidarsi sono :

a) Servizi domiciliari professionali
b) Servizi extra-domiciliari
c) Servizi semi- residenziali
d) Caffè Alzheimer
e) Atelier Alzheimer
f) Musei per l'Alzheimer
g) Trasporti

Gli operatori che si candidano dovranno necessariamente offrire agli utenti destinatari, se previsto nel piano individualizzato, il **servizio di trasporto**.

Le "***tipologie di intervento"*** di cui ai punti a, b, c, d ,e, f, g, devono essere intese come pacchetti, pertanto l'operatore che si candida per una o più di esse dovrà necessariamente essere in grado di offrire tutti gli operatori e tutte le ***" tipologie di prestazioni*** " ivi comprese.

La Società della Salute Area Pratese selezionerà i soggetti in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, includendoli nell'apposito elenco dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio-sanitarie previste dal Piano individualizzato. Al momento dell'attivazione dei servizi i soggetti scelti saranno chiamati a sottoscrivere una Convenzione con la Società della Salute Area Pratese, impegnandosi in tal modo **ad erogare o a garantire l'erogazione** delle prestazioni ivi indicate, nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate.

L'operatore scelto, qualora sia impossibilitato, nell'ambito delle *"tipologie di intervento"* per le quali ha aderito, ad eseguire direttamente una o più prestazioni di cui all'incarico, dovrà comunque garantirne l'esecuzione, nei termini di cui al piano individualizzato ricevuto.
A tale scopo potrà avvalersi – previa comunicazione preventiva scritta all'Ente attuatore - di un altro operatore accreditato per la prestazione di specie presente nell'elenco approvato dalla Società della Salute. In caso di avvalimento, il contratto continua comunque ad intercorrere tra Società della Salute ed operatore sottoscrittore del medesimo, unico soggetto legittimato a fatturare per il pacchetto erogato.
La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni, nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, comporta l'applicazione di penali la cui entità è definita in relazione alla mancata erogazione del pacchetto nei contratti con i singoli operatori. L'Ente attuatore procede tempestivamente alla contestazione dell'addebito per iscritto. L'erogatore può far pervenire le proprie controdeduzioni alla SdS entro il termine perentorio di 10 (dieci) giorni naturali e consecutivi dalla contestazione; decorso infruttuosamente detto termine, la penale può essere applicata. La penale può essere applicata anche qualora le giustificazioni fornite nel termine perentorio di cui sopra non siano ritenute adeguate.
L'applicazione di tre penalità costituisce sempre grave negligenza contrattuale e genera il diritto dell'Ente attuatore di procedere alla eventuale cancellazione dell'operatore dall'elenco dei soggetti accreditati approvato.
L'operatore può recedere dalla Convenzione stipulata con la Società della Salute con un preavviso di almeno 21 giorni.
Gli interventi attivati dovranno comunque concludersi.
La cancellazione dall'elenco avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

Art. 5 - Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse
Le proposte di adesione vanno indirizzate alla Società della Salute di Pratese, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: sdsareapratese@legalmail.it riportante nell'oggetto:

"MANIFESTAZIONE DI INTERESSE SERVIZI DOMICILIARI, EXTRA DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA"

Le proposte di adesione potranno essere presentate a partire dalla pubblicazione del presente Avviso sul sito web della Società della Salute Area Pratese.
Le domande in carta libera dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione di interesse, i seguenti documenti:
1- manifestazione d'interesse, redatta secondo il modello allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Avviso ;
2- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante;
3- dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 redatta secondo il modello Allegato 2 al presente avviso ;
4- [per i raggruppamenti temporanei da costituire] "Impegno al conferimento di mandato collettivo speciale di rappresentanza" redatto secondo il modello allegato 3 al presente Avviso, sottoscritto da tutti i componenti del raggruppamento che s'intende costituire;

5- [per i raggruppamenti temporanei già costituiti] copia del mandato collettivo speciale con rappresentanza al mandatario.

Nel caso di raggruppamenti temporanei dovrà essere inoltrata un'unica Pec, contenente l'intera documentazione. Ciascun componente del raggruppamento dovrà compilare la manifestazione d'interesse, allegando copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante e dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria Allegato 2.
Nel caso di manifestazione d'interesse da parte di un raggruppamento temporaneo da costituire, alla sottoscrizione della Convenzione, il mandatario dovrà produrre mandato collettivo speciale con rappresentanza.

La Società della Salute Area Pratese valuterà le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del 20 dicembre 2019 e conterrà le proposte di adesione presentate entro il **16 dicembre 2019** e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute Area Pratese (www.sds.prato.it).

La Società della Salute di Pratese valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando mensilmente l'elenco degli operatori e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web della Società della Salute di Pratese nel caso sia pervenute nuove adesioni.

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail direttore@sds.prato.it .

Art. 6 – Ammissibilità della spesa
Sono ammissibili le spese:
- di servizi/prestazioni elencate all'art. 3 e previste nel piano di spesa del destinatario: non saranno considerate ammissibili spese non previste nel piano di spesa redatto da UVM con le modalità di cui all'art. 3;
- di servizi/prestazioni erogati da operatori economici presenti nell'elenco della SdS/zona-distretto di riferimento; si precisa che il destinatario del buono servizio può decidere di usufruire dei servizi erogati all'interno di una SdS/zona-distretto diversa da quella di residenza, selezionando dall'elenco degli operatori economici di quella zona. La stesura e la sottoscrizione del piano di spesa, nonché tutti gli obblighi legati alla verifica ed effettiva erogazione del buono servizio rimangono nella responsabilità della SdS/zona-distretto di residenza;
- di servizi/prestazioni erogati e sostenuti durante la durata del progetto finanziato tramite l'Avviso a partire dalla data di assegnazione formale del buono (non sono ammessi interventi realizzati precedentemente).
Le spese devono essere regolarmente documentate.

Art. 7 – Rendicontazione da parte dei soggetti erogatori al soggetto attuatore
Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono rimettere al soggetto attuatore la seguente documentazione giustificativa:
a) fatturazione elettronica secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
b) ricevute o note di debito cartacee per i soggetti non tenuti ad emettere fattura verso la P.A. in quanto non obbligati dalla normativa vigente.
Le fatture e le ricevute o note di debito devono riportare:
- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del buono servizio (nome e cognome);

- il codice di progetto FSE: **247734**;
- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa.

c) time card degli operatori degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio: si precisa che le time card dovranno essere consegnate anche in originale al soggetto attuatore, con le modalità che saranno concordate alla stipula della Convenzione.

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per singolo buono servizio realizzato.

Prato,

IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE

ALLEGATO 1 (da compilare a cura degli operatori economici.)

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'

POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale –buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"
Progetto "PoD.aD. – Prato Demenze a Domicilio"

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a_____

il ___ /___/____/ C.F._____ residente in _____ (cap _____)

Via _____ n._____ in qualita 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 alla domiciliarità (selezionare la/le "Tipologia/e d'intervento" che ci si candida ad erogare).
In caso di raggruppamento temporaneo specificare:

☐ come mandatario

☐ come mandante

Tipologia di intervento	**Operatori**	**Tipologia di prestazione**
☐ *Servizi domiciliari professionali*	☐ OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione *caregiver,* presenza di supporto per permettere al *caregiver* la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio
	☐ PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
	☐ Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del *caregiver* e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione 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 *caregiver*
	☐ FKT	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
	☐ PSIC	Intervento di psico educazione al *caregiver*, 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
	☐ *Servizio di trasporto*	
☐ *Servizi extra-domiciliari*	☐ PSIC/NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva /
	☐ FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone (demenza lieve)
	☐ FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone (demenza moderata)

	☐ PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (2- 10 persone)
	☐ *Servizio di trasporto*	
☐ *Servizi semi-residenziali*	☐ Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) per demenza lieve
	☐ Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) per demenza moderata
	☐ *Servizio di trasporto*	
☐ Caffè Alzheimer	☐ *Servizio di trasporto*	
☐ Atelier Alzheimer	☐ *Servizio di trasporto*	
☐ Musei per l'Alzheimer	☐ *Servizio di trasporto*	
☐ Servizio di Trasporto		

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- l'impresa / ente svolge attività di:

- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta in possesso delle qualifiche richieste dalla normativa vigente per il corretto svolgimento del/dei servizio/i indicati

- l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso è la seguente:

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 e le prestazioni per le quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;

- (per gli operatori che si candidano per uno o più degli "Altri servizi extra domiciliari"): di rispettare quanto disposto dalla LRT 82/2009 per gli "Altri servizi alla persona", oltre alla Delibera regionale n. 224/2018 ;

- (per gli operatori che si candidano per i servizi extra domiciliari) di rispettare quanto disposto dalla LRT 82/2009 per gli "Altri servizi alla persona", oltre ai requisiti per l'AFA di cui alla normativa di settore ed alle disposizioni in materia;

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **"Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" (Decreto regionale n. 11439/2019)** 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 dichia-razione viene resa;

- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;

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.

ALLEGATO 2

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA
(ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____

legale rappresentante di _____

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (sbarrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati:

Dichiara

- di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
- che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
- di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):
|_| di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):
|_| di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

per le cooperative (contrassegnare se ricorre il caso):
|_| di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

(luogo e data) (firma del legale rappresentante)

_____ _____

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

ALLEGATO 3

IMPEGNO AL CONFERIMENTO DI MANDATO COLLETTIVO SPECIALE CON RAPPRESENTANZA

Il/la sottoscritto/a……..……nato/a a…….……..…….....(Prov.……), il ……./……/……..., residente a……...…… (Prov…….), Via/Piazza …….n. ……, nella sua qualità di titolare/legale rappresentante/procuratore legale della impresa/società ……..……., con sede legale in ……..,Via/P.zza ……....., n……, C.F. …… e P.I. ……,

Il/la sottoscritto/a……..……nato/a a…….……..…….....(Prov.……), il ……./……/…..., residente a ……...……..…… (Prov……),Via/Piazza …….n. ……, nella sua qualità di titolare/legale rappresentante/procuratore legale della impresa/società ……..…….. , con sede legale in ……..,Via/P.zza ……....., n……, C.F. …… e P.I. ……,

SI IMPEGNANO

A conferire mandato o collettivo speciale con rappresentanza al sotto generalizzato operatore economico:

Impresa_____, C.F.:_____

Detta mandataria sottoscriverà il contratto in nome e per conto proprio e dei mandanti, provvederà per essi a fatturare i servizi e a produrre tutta la documentazione utile alla rendicontazione come previsto dall'avviso.

Luogo e data _____

FIRMA_____

FIRMA _____

N.B. Allegare copia dei documenti di riconoscimento dei sottoscrittori, in corso di validità.