



## ALLEGATO 2

da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA

**Alla SOCIETÀ DELLA SALUTE PISTOIESE  
VIALE GIACOMO MATTEOTTI 35  
51100 PISTOIA**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI DI CUI  
ALLE TABELLE 1 E 2 DELL'AVVISO REGIONALE: "SOSTEGNO AI SERVIZI DI CURA  
DOMICILIARE" (Decreto regionale n. 11622/2021)**

**FONDO DI SVILUPPO E COESIONE**

**Progetto "S.F.I.D.A. 2.0" - codice 290198**

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:

\_\_\_\_\_



**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti interventi, così come definito dall'artt. 3 e 4 dell'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" (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	struttura intervento	SI	NO
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA 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
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA.	<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;
- (si applica solo per l'erogazione del pacchetto interventi "Ricovero in RSA per 20 giorni." di cui al paragrafo 3.1 dell'avviso ) che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" 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.*