



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

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 SOCIO- ASSISTENZIALI / SOCIO-EDUCATIVI A DOMICILIO ANCHE IN AMBIENTE COVID -19 POSITIVO

POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà
Avviso regionale “Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della
popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19” (Decreto regionale n. 20130/2020)

**Progetto IN.S.I.EME. “INterventi di Sostegno Integrato in EMERgenza
codice progetto 273101**

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
l'erogazione di prestazioni di cui alla tabella 1 dall'Avviso regionale: “Azioni di sostegno
integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19”
(selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

Tipologia di intervento	Operatori	Tipologia di prestazione	SI	NO
Assistenza Domiciliar e Integrata e Servizio di Assistenza Domiciliar e - SAD	OSS/OSA/OTA/A DB e figure equivalenti	Igiene e cura della persona in base ai suoi livelli autonomia e/o dipendenza; Cambio e rifacimento del letto; Aiuto nella corretta assunzione dei pasti; Aiuto per una corretta mobilizzazione, deambulazione e utilizzo di ausili secondo le indicazioni degli operatori sanitari competenti; Educazione sanitaria al care - giver/famiglia; Supporto ed assistenza alle persone nei comuni compiti della vita quotidiana, con l'obiettivo del mantenimento e del potenziamento delle funzioni residue; Supporto e tutoraggio alla famiglia; Preparazione pasti; Cura dell'ambiente di vita, disbrigo piccole commissioni; Consegna pasti a domicilio; servizio lavanderia, accompagnamento e trasporto per piccole commissioni necessarie o urgenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FISIOTERAPISTA	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver; Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PSICOLOGO	Supporto psicologico alla persona sola/nucleo familiare, anche per fronteggiare situazioni critiche nella fase di quarantena o malattia Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi socio-educativi a domicilio	EDUCATORE PROFESSIONALE e figure equivalenti	Supporto per nuclei familiari con necessità di sostegno socio-educativo, anche per i figli minori, causata o aggravata da Covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Disponibilità ad erogare le prestazioni anche in ambiente Covid-19 positivo si no

e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE

- l'impresa / ente svolge attività di:

- l'impresa/ente ha l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa vigente.

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;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza Covid 19” (Decreto regionale n. 20130/2020)** 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 dichiara-zione viene resa;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;

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



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante)

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