



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

ALLEGATO 2 (da compilare a cura dei singoli professionisti)

**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. _____

**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).**

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

		vita, disbrigo piccole commissioni; Consegna pasti a domicilio; servizio lavanderia, accompagnamento e trasporto per piccole commissioni necessarie o urgenti		
	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"/>
<i>Servizi socio-educativi a domicilio</i>	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

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio

_____;

- Di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto)

_____ dal ____|____|____|

con numero _____;

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

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



SOCIETA' DELLA SALUTE PISTOIESE

DICHIARA inoltre

- 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 dei dati e/o dei requisiti richiesti

(luogo e data) _____

(firma)

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