**Modello Allegato 1)**

**MODELLO DI DOMANDA**

 **MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI RELATIVE AI BUONI SERVIZIO**

**Scheda di intervento Cod. 1.6 Centri di supporto alla domiciliarità. – (CUP. N. D89G17001340005), progetto cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo nell'ambito dell’Accordo di programma quadro Regione Toscana – Area Interna “Casentino e Valtiberina: Toscana d’Appennino Monti dello spirito”** **POR FSE 2014-2020**

**Obiettivo "Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione"**

**Asse B Inclusione sociale e lotta alla povertà**

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 delle seguenti tipologie di servizi, tramite l'attribuzione di Buoni Servizio**

 **(selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare e per quale sub area)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA D'INTERVENTO** |  **OPERATORI** | **TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE** | **SI** | **NO** | **CASENTINO** | **VALTIBERINA** |
| Servizi Domiciliari Professionali | OSA/OSS/ADB/ OTA 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 caregiver /familiare;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. |  |  |  |  |
| PSICOLOGO | Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia;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. |  |  |  |  |
| Infermieri | Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altreprestazioni non invasive (es. test rapido glicemia,clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali);Educazione e gestione catetere vescicale, educazione,gestione e medicazione stomie, terapia endovenosaidratante, medicazione semplice |  |  |  |  |
| FKT  | Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionaledell'assistito e per il trasferimento di competenzeal caregiver per dare continuità alla attività econseguire gli obiettivi stabiliti |  |  |  |  |
| EducatoreProf.le/Animatore | Formazione del caregiver e dell’ambiente socio-familiarein base al Progetto Educativo all’utilizzo dellametodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale;Stimolazione cognitiva ed occupazionale del pazientemediante intervento diretto di un educatore/animatore;Stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata“di mantenimento” del paziente mediante l’interventodel caregiver. |  |  |  |  |
| Servizi Extra-Domiciliari | PSIC/NEUROPSIC | Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso 6/8 persone |  |  |  |  |
| FKT | Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8/10 persone |  |  |  |  |
| PSICOLOGO | Supporto psicologico alla famiglia - costituito da un gruppo chiuso (8/10 persone) |  |  |  |  |
| Servizi semi- residenziali |  | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)1 |  |  |  |  |
| Altro  |  | Trasporto utenti(attivabile solo in combinazione conaltri interventi) |  |  |  |  |

1 Centro diurno base o CDA. E’ prevista la totale copertura della retta in quanto considerato intervento di sollievo.

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE**

· l'impresa/ente/professionista svolge attività di:

|  |
| --- |
|  |

· può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito

indicato:

|  |
| --- |
|  |

· risorse (mezzi, attrezzature, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso

|  |
| --- |
|  |

· risorse (mezzi, attrezzature, capitale) effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso.

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**

□ che la persona referente per la seguente procedura è: (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_\_\_), Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere soggetto accreditato per l’erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e di altri servizi alla persona, cosi come previsto dalla LR 82/2009 e dal Regolamento di attuazione n. 29/R del 3 marzo 2010 (indicare i riferimenti dell’accreditamento):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di essere in possesso dei requisiti stabiliti dalle norme prescrittive relative all’esercizio dell’attività per la quale si è candidato (indicare eventuali riferimenti);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di presentare la presente adesione:

* SINGOLARMENTE
* IN FORMA ASSOCIATA (INDICARE IL SOGGETTO REFERENTE DEL RAGGRUPPAMENTO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse” e di accettare quanto in essi previsto;

□ di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

**ALLEGA**

* i curricola degli operatori che saranno impiegati nelle attività

**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.*** |