



MODELLO 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 cont inuità assistenziale –buoni servizio per
sostegno alla domiciliarità"

Progetto Si Puo' Ancora (S.P.A)

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:

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 interventi	Operatori	Tipologia di prestazione
<p align="center">[?] <i>Servizi domiciliari professionali</i></p>	<p align="center">[?] OSA/OSS</p>	<p>Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i>, presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio</p>
	<p align="center">[?] PSIC</p>	<p>Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia</p>
	<p align="center">[?] Educatore Prof.le/ Animatore</p>	<p>Formazione del <i>caregiver</i> 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 <i>caregiver</i></p>
	<p align="center">[?] FKT</p>	<p>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</p>
	<p align="center">[?] PSIC</p>	<p>Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i>, 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</p>
	<p align="center">[?] <i>Servizio di trasporto</i></p>	
<p align="center">[?] <i>Servizi extra-domiciliari</i></p>	<p align="center">[?] PSIC/ NEUROPSIC</p>	<p>Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone</p>
	<p align="center">[?] FKT</p>	<p>Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone</p>
	<p align="center">[?] PSIC</p>	<p>Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)</p>

	<p>?</p> <p><i>Servizio di trasporto</i></p>	
<p>?</p> <p><i>Servizi semi-residenziali</i></p>	<p>?</p> <p>Centro Diurno</p>	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) ⁴
	<p>?</p> <p><i>Servizio di trasporto</i></p>	
<p>?</p> <p>Caffè Alzheimer</p>	<p>?</p> <p><i>Servizio di trasporto</i></p>	
<p>?</p> <p>Atelier Alzheimer</p>	<p>?</p> <p><i>Servizio di trasporto</i></p>	
<p>?</p> <p>Musei per l'Alzheimer</p>	<p>?</p> <p><i>Servizio di trasporto</i></p>	

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 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 dichiarazione 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.

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante)

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

**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.