

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE D'INTERESSE
per l'attivazione di manifestazione di interesse sul territorio regionale per la
realizzazione dell'intervento "Servizi sociali di sollievo - Pronto Badante
(ai sensi della DGRT 292/2023)

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 alla partecipazione dell'avviso pubblico finalizzato alla stipula di convenzioni con
la Società della Salute Valli Etrusche.

A) Presentare sinteticamente il soggetto proponente/capofila, con indicazione, della sede
legale, della dislocazione territoriale, compreso il numero delle sedi, degli associati, del
personale volontario e dell'attività svolta in campo sociale, in particolare l'esperienza
maturata e i validi risultati raggiunti nello svolgimento di attività analoghe (max 20 righe)

Punteggio ____/20

**Zona Bassa Val di
Cecina - Val di
Cornia**

**Il Direttore
SdS Valli Etrusche**

P.zza della Libertà
[direzionevallietrusche@u
snordovest.toscana.it](mailto:direzionevallietrusche@u
snordovest.toscana.it)
Cecina (LI)
CAP 57023
Tel. 0586.614410

Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa

B) Descrizione generale del progetto proposto e delle attività previste (max 20 righe)

Punteggio ____/50

Azienda USL Toscana nord ovest



C) Descrizione della capacità di raccordo, sviluppo e rafforzamento di una rete di collaborazione a protezione e supporto della famiglia e della persona anziana (max 20 righe)



Punteggio ____/20

Zona Bassa Val di
Cecina - Val di
Cornia

Il Direttore
SdS Valli Etrusche

P.zza della Libertà
[direzionevallietrusche@u
snordovest.toscana.it](mailto:direzionevallietrusche@u
snordovest.toscana.it)
Cecina (LI)
CAP 57023
Tel. 0586.614410

D) Descrizione del piano di formazione rivolto agli operatori coinvolti sul territorio, comprensivo di una “guida operativa” a supporto degli stessi e degli utenti (max 20 righe)

Punteggio ____/5

Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa

E) Piano finanziario (comprensivo, tra l'altro, del costo complessivo del progetto, dei costi di gestione e delle quote di compartecipazione suddivisi per ogni soggetto partecipante, del finanziamento richiesto all'ambito territoriale

Punteggio ____/5

Azienda USL Toscana nord ovest



Luogo e data, _____ Firma, _____

**Zona Bassa Val di
Cecina - Val di
Cornia**

**Il Direttore
SdS Valli Etrusche**

P.zza della Libertà
[direzionevallietrusche@u
slnordovest.toscana.it](mailto:direzionevallietrusche@u
slnordovest.toscana.it)
Cecina (LI)
CAP 57023
Tel. 0586.614410

Azienda Usl
Toscana nord
ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa