

MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie

## MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI RE- LATIVE AI BUONI SERVIZIO PREVISTI DALL'AVVISO REGIONALE: "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI"

AZIONE 1 Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio  
Progetto "Salute a casa 5"  
Codice regionale progetto: 312738

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 dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)**

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatore</i>	<i>Indicare le attività di interesse</i>
Interventi di supporto e monitoraggio Attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS	
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali) Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	

Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver  Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	

**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 autorizzato all'erogazione dei servizi per i quali ha manifestato interesse per l'iscrizione nell'elenco;
- di essere accreditato, secondo la normativa regionale di riferimento, all'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare e di altri servizi alla persona;
- di aver letto l'Avviso regionale **"Interventi di sostegno alle cure domiciliari"** e di accettare quanto in esso previsto;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni in esso previste;
- di non essere incorso in nessuna causa determinante l'esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento dei contratti pubblici previsti dagli artt. 94, 95, 96, 97 e 98 del D.Lgs 36/2023 e che non sussista qualsivoglia causa di impedimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione;
- di non essere in scioglimento o liquidazione;
- di svolgere attività pertinente all'oggetto della presente selezione;
- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec \_\_\_\_\_
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 2016/679 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- che 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 per la partecipazione presente manifestazione di interesse verranno comunicate tempestivamente;
- In caso di raggruppamento, si allega la dichiarazione di intenti a costituirsi nella forma dell'Associazione Temporanea di Impresa (ATI) o dell'Associazione Temporanea di Scopo (ATS) in cui siano specificati i ruoli, le competenze e le attività di ciascun partner nell'ambito della realizzazione del progetto;
- l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse nei confronti della Zona delle Apuane;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente;
- essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti.

### 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.*