

Modello 2) da compilare a cura dei professionisti sanitari, infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI RELATIVE 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 _____
Tel. _____, e-mail _____ PEC _____

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 care giver Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- di essere in possesso dell' abilitazione professionale e di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal __/__/__ con numero _____
- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

- | | |
|-------------|--------------|
| • _____ | dal __/__/__ |
| al __/__/__ | |
| • _____ | dal __/__/__ |
| al __/__/__ | |
| • _____ | dal __/__/__ |
| al __/__/__ | |
| • _____ | dal __/__/__ |
| al __/__/__ | |

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

DICHIARA inoltre

- 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;
- 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 all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione alla presente manifestazione di interesse verranno comunicate tempestivamente;
- l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse previste nei confronti della Zona delle Apuane;
- 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;

(luogo e data)

(firma)

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