

Modello 3) da compilare a cura dei soggetti che erogano prestazioni di ricovero in setting di cure intermedie residenziali

## 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 del seguente servizio:**

descrizione intervento	struttura intervento
Cure intermedie temporanee nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in <i>setting</i> di cure intermedie residenziali per 20 gg

**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, secondo la normativa regionale di riferimento, all'erogazione dei servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco;
- di essere in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento n. 2/R del 9 gennaio 2018 (modificato con D.P.G.R n. 12/R del 22 marzo 2021) per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria o dal Regolamento n. 79/R DPGR del 17/11/2016, allegato A strutture D.6 e D.7 rispettivamente per il Setting LOW CARE e Residenzialità Sanitaria Intermedia;
- 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;
- 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 alla presente manifestazione di interesse verranno comunicate tempestivamente;
- di avere preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento delle attività progettuali e di avere ritenuto le condizioni tali da consentire la presentazione del progetto per la sua realizzazione;
- 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.*

