

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 2 Percorsi di cura ed il sostegno familiare di persone affetta da demenza
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>Operatori</i>	<i>Indicare le attività di interesse</i>
Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> ,	OSA/OSS	
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	PSIC	

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		
Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzo 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>	Educatore Professionale	
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti	Fisioterapista	
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	PSIC/NEUROPSIC	
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	Fisioterapista	
Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)	PSIC	
Centro diurno (frequenza giornaliera)		
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		
Caffè Alzheimer		
Atelier Alzheimer		
Musei per l'Alzheimer		

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:

- Dichiara di svolgere i servizi extra domiciliari presso le seguenti sedi:

- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

- Descrizione progettuale e costi delle prestazioni e attività per le quali il soggetto si candida, con particolare riferimento al Caffè Alzheimer, Atelier Alzheimer, Musei per l'Alzheimer e trasporto utenti:

- 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 veritieri 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.