

MODELLO 2) da compilare a cura dei professionisti, sanitari 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 2 Percorsi di cura ed il sostegno familiare di persone affette 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 _____,
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>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> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio | 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 | Educatore Professionale | |

| | | |
|---|----------------|--|
| mediante l'intervento del <i>caregiver</i> | | |
| 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 | Fisioterapista | |
| Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone) | PSIC | |

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio

- di essere in possesso di 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.