

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 RE-
LATIVE AI BUONI SERVIZIO PREVISTI DALL'AVVISO REGIONALE: "INTERVENTI DI
SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI"**

AZIONE 4: Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità
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 gli interventi di interesse</i>
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA/OSS/ADB	
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	Infermiere	
Intervento di psico educazione al caregiver, 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	PSIC	
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore Professionale	
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver	Fisioterapista	
Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dis-	Logopedista	

lessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)		
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di pre-venzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE)	
Supporto psicologico alla famiglia –gruppo chiuso	PSIC	
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione		
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		

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 ___/___/___

- 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 veritieri e falsità in atti;

(luogo e data)

(firma)

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