

ALL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
ZONA DISTRETTO PIANA DI LUCCA

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA PROPOSTA DI UN
PROGETTO DI DURATA TRIENNALE PER LA REALIZZAZIONE
DELL'INTERVENTO "SOSTEGNO FRAGILITA' ANZIANI - UNA RETE DI
PROSSIMITA' "

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: _____

CHIEDE

Di partecipare alla presente manifestazione di interesse:

- in forma singola
- in qualità di capofila di partenariato già formalizzato o da formalizzarsi prima della stipula della convenzione con ASL, in caso di affidamento del servizio (specificare la forma di partenariato/ associazione _____)

A tal fine

DICHIARA E INFORMA

- che il Soggetto

- appartiene agli enti del Terzo Settore di cui all'art. 4 del Codice del Terzo Settore/Enti di patronato, con sede operativa all'interno del territorio regionale della Toscana (specificare _____)

- che il Soggetto svolge attività di :

(Presentazione sintetica del soggetto proponente/capofila, con indicazione, della sede legale, della dislocazione territoriale, compreso il numero delle sedi, degli associati, del personale volontario e dell'attività svolta in campo sociale, in particolare l'esperienza maturata e i validi risultati raggiunti nello svolgimento di attività analoghe a quella per cui si richiede il contributo)

- che intende svolgere l'intervento, di cui alla presente manifestazione di interesse, come segue:
(Descrizione generale del progetto proposto e delle attività previste)

- che è in grado di garantire alla persona anziana e alla sua famiglia la rete di protezione di seguito descritta:

(Descrizione della capacità di raccordo, sviluppo e rafforzamento di una rete di collaborazione a protezione e supporto della famiglia e della persona anziana)

- che intende realizzare un piano di formazione degli operatori coinvolti come segue:
(Descrizione del piano di formazione rivolto agli operatori coinvolti sul territorio, comprensivo di una "guida operativa" a supporto degli stessi e degli utenti)

- che dal punto di vista finanziario, il progetto avrà i costi di seguito descritti:
*(descrivere il piano finanziario comprensivo, tra l'altro, del costo complessivo del progetto, dei costi di gestione e delle quote di compartecipazione **suddivisi per ogni soggetto partecipante**, del finanziamento richiesto all'ambito territoriale – vedi allegato D)*

- altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse :

DICHIARA inoltre

- che la persona referente del progetto presentato e della sua attuazione è:

(Nome e Cognome) _____,
nato a _____, il _____ CF _____,
residente in _____ (cap _____),
Tel. _____ e-mail _____;

- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec _____;
- di aver letto la DGRT 394 del 30/3/2026 avente per oggetto *“Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2024-2026 di cui alla deliberazione del Consiglio Regionale n. 67/2025 e Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2025-2027. Approvazione Linee di indirizzo regionali alle Zone Distretto e Società della Salute della Toscana per l’attivazione di manifestazioni di interesse sul territorio regionale per la realizzazione dell’intervento regionale “Sostegno Fragilità Anziani - Una Rete di Prossimità” e approvazione azioni “Coordinamento regionale” e “Sostegno economico” inerenti al suddetto intervento”*
- di essere informato, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- in caso di esecuzione del progetto, di adottare un sistema di contabilità separata ed informatizzata e di rispettare la tracciabilità dei flussi finanziari;

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 ai fini della realizzazione del progetto proposto.

(luogo e data)

(Timbro e firma del legale rappresentante)