

ALLEGATO A - AVVISO

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio, previsti dall'Avviso regionale: "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia".

Premessa

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

1. operatori economici che erogano prestazioni domiciliari professionali sociali, sociosanitarie e sanitarie;
2. operatori economici che erogano prestazioni extra-domiciliari professionali sanitarie;
3. operatori economici gestori di Centri Diurni che erogano prestazioni semiresidenziali a titolo di sollievo;
4. operatori economici gestori/erogatori di prestazioni afferenti servizi, anche di tipo innovativo, tipo Caffè Alzheimer, Atelier Alzheimer, Musei per Alzheimer;
5. operatori economici erogatori del servizio di trasporto sociale;

secondo quanto meglio disciplinato al seguente art. 4, per manifestare l'interesse ad essere iscritti nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'avviso regionale "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia".

Art. 1

Oggetto della manifestazione d'interesse

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire una lista di operatori qualificati per l'erogazione dei servizi previsti dall'Avviso regionale, ex Decreto 19 giugno 2019, n. 11439, Fondo Sociale Europeo-Programma Operativo Regionale 2014/2020- Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione – Asse B – Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà – *attività PAD B.2.1.3.A) "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazione di autonomia", SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA.*

Il finanziamento, tra l'altro, è finalizzato, tramite buoni servizio, ad accompagnare e sostenere, nell'ambito della presa in carico della persona con limitazione dell'autonomia, interventi mirati a favorirne la permanenza presso il proprio domicilio, attraverso il potenziamento e consolidamento dei servizi di cura e di assistenza familiare.

Art. 2

Destinatari dei Buoni Servizio

I destinatari dei buoni servizio sono:

- a) persone con diagnosi - effettuata dai servizi specialistici competenti – di demenza lieve (soggetti con diagnosi di demenza ma ancora autosufficienti nelle BADL ovvero autonomi in almeno 5 attività principali dell'attività quotidiana) e le loro famiglie, residenti sul territorio della Zona Distretto Versilia;
- b) persone con diagnosi - effettuata dai servizi specialistici competenti – di demenza moderata (soggetti che hanno perso l'autosufficienza in alcune BADL ma non ancora totalmente dipendenti da altri, quindi riescono a compiere autonomamente non più di 4 attività giornaliere fondamentali) e le loro famiglie, residenti sul territorio della Zona Distretto Versilia;

Art. 3

Interventi finanziati tramite l'attribuzione di buoni servizio

I buoni servizio riguardano le seguenti tipologie di interventi, il cui costo, secondo quanto indicato nella seguente tabella è da considerarsi omnicomprendente di tutti gli oneri (IVA inclusa)

Tipologia intervento	Operatori	Tipologia di prestazione	Standard prestazionali	Costo ad accesso
<i>Servizi domiciliari professionali</i>	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver, presenza di supporto per permettere al caregiver la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio	<u>Accesso</u> domiciliare di 1 operatore <u>Durata accesso</u> : 1 ora <u>Numero accessi</u> : come definito da UVM	23,30 euro
	PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo	<u>Accesso</u> domiciliare di 1 operatore <u>Durata</u> : 3h (2 ore di	35,00 Euro/ora

		esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	definizione del PE e n. 1 ora per la restituzione alla famiglia) <u>Numero di accessi:</u> 2	
	Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare, in base al Progetto Educativo, all'utilizzazione 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>	<u>Accesso</u> domiciliare di 1 operatore <u>Durata:</u> 1 ora <u>Numero di accessi:</u> secondo piano UVM	25,11 euro
	FKT	Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al	<u>Accesso</u> domiciliare di 1 operatore <u>Durata:</u> 1 ora <u>Numero di accessi:</u> secondo piano UVM	35,00 euro

		caregiver per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti		
	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	<u>Frequenza:</u> 1 volta ogni 15 gg per intervento sul caregiver; 1 volta al mese per revisione del progetto educativo; 1 volta al mese per attività di sostegno all'educatore/animatore <u>Durata di ciascun intervento:</u> 1,5 h x 4 <u>Durata dell'intervento:</u> continua	35,00 euro/ora
<i>Servizi extra-domiciliari</i>	PSIC/NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica – gruppo chiuso di 6-8 persone	<u>Caratteristiche della sede:</u> vengono richiesti locali adeguati per spazio attrezzature e accessibilità, valutabili come tali anche ex post dal Responsabile del Progetto e suoi collaboratori. A seguito di tale sopralluogo, previo confronto con il soggetto erogatore possono essere richieste modifiche	20,00 euro a seduta a persona

			<p>finalizzate al benessere dell'utenza, degli operatori ed al miglioramento delle prestazioni. <u>Frequenza</u>: 2 volte a settimana <u>Durata della seduta</u>: 2 ore <u>Durata dell'intervento</u>: 6 mesi</p> <p>NOTA: si attiva con un minimo di 6</p>	
	FKT	Interventi di fisioterapista gruppi chiusi di 8-10 persone	<p><u>Caratteristiche della sede</u>: vengono richiesti locali adeguati per spazio attrezzature e accessibilità, valutabili come tali anche ex post dal Responsabile del Progetto e suoi collaboratori. A seguito di tale sopralluogo, previo confronto con il soggetto erogatore possono essere richieste modifiche finalizzate al benessere dell'utenza, degli operatori ed al miglioramento delle prestazioni. <u>Frequenza</u> settimanale: 2 <u>Durata della seduta</u>: 1 ora <u>Durata dell'intervento</u>: secondo piano UVM, almeno 3 mesi</p>	35 euro al mese a persona

			NOTA: si attiva con un minimo di 8	
	PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)	<p><u>Caratteristiche della sede:</u> vengono richiesti locali adeguati per spazio attrezzature e accessibilità, valutabili come tali anche ex post dal Responsabile del Progetto e suoi collaboratori. A seguito di tale sopralluogo, previo confronto con il soggetto erogatore possono essere richieste modifiche finalizzate al benessere dell'utenza, degli operatori ed al miglioramento delle prestazioni.</p> <p><u>Frequenza:</u> 1 volta ogni 2 settimane</p> <p><u>Durata:</u> 2 ore</p> <p><u>Durata dell'intervento:</u> 6 mesi</p> <p>NOTA: si attiva con un minimo di 8</p>	20,00 euro a seduta a persona
<i>Servizi semi-residenziali</i>		Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)	Come da Regolamento 2/R Giornata assistenziale	65,74 euro (intera giornata) – 32,86 euro (mezza giornata)

Altri servizi extra domiciliari		Caffè Alzheimer	<p><u>Caratteristiche sede:</u> vengono richiesti locali adeguati per spazio attrezzature e accessibilità, valutabili come tali anche ex post dal Responsabile del Progetto e suoi collaboratori. A seguito di tale sopralluogo, previo confronto con il soggetto erogatore possono essere richieste modifiche finalizzate al benessere dell'utenza, degli operatori ed al miglioramento delle prestazioni.</p> <p><u>Frequenza:</u> 1/sett <u>Durata seduta:</u> 2,5 ore <u>Durata intervento:</u> come da piano UVM</p> <p>Numero partecipanti (min/max) 8 - 10</p> <p><u>Attività:</u> 46 settimane annue</p>	<p>Costo a seduta 281,90 euro</p> <p>Costo pacchetto annuo a persona 1.620,92 euro</p>
		Atelier Alzheimer	<p><u>Caratteristiche sede:</u> vengono richiesti locali adeguati per spazio attrezzature e accessibilità, valutabili come tali anche ex post dal Responsabile del Progetto e suoi collaboratori. A seguito di tale</p>	<p>Costo a seduta 318,95 euro</p> <p>Costo pacchetto annuo a persona 1.833,96 euro</p>

			<p>sopralluogo, previo confronto con il soggetto erogatore possono essere richieste modifiche finalizzate al benessere dell'utenza, degli operatori ed al miglioramento delle prestazioni.</p> <p><u>Frequenza:</u> 1</p> <p><u>Durata seduta:</u> 2,5</p> <p>Durata intervento: secondo piano UVM</p> <p>Numero partecipanti : (min/max)</p> <p>Attività: 46 settimane annue</p>	
		Musei per l'Alzheimer	<p>Tale attività potrà essere messa a punto in collaborazione con gli operatori economici iscritti nel redigendo Registro</p>	<p>Costo per accesso da valutarsi in sede di predisposizione progettuale</p>
		Trasporto utenti		<p>15,00 euro a persona a trasporto considerando A/R. Importo calcolato tenuto conto del rimborso chilometrico pari ad euro 0,38 a km (secondo stime ACI), del costo dell'autista e dell'accompagnatore.</p>

*Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo anche dei costi relativi al materiale per le medicazioni, agli ausili temporanei (bastoni canadesi, tripodi, ausili per

rinforzo ecc.) ed altro materiale utilizzato dagli operatori che erogano le prestazioni.

Per ogni soggetto destinatario del buono servizio, preliminarmente, sarà predisposto un Piano individualizzato completo della lista dettagliata delle attività/servizi/prestazioni che potranno in seguito essere attivate a mezzo del buono servizio. Per ogni soggetto assegnatario del buono servizio, il soggetto attuatore è tenuto a predisporre un Piano di spesa che prevede l'erogazione di servizi per un importo minimo di € 3.000 e massimo € 4.000, per ogni singolo destinatario.

Il Piano di spesa dovrà obbligatoriamente contenere i seguenti elementi minimi:

- i servizi e le prestazioni che saranno erogate a mezzo del Buono servizio (tipologia, durata/numero accessi/costo unitario);
- il/i soggetto/i erogatore/i, incluso/i nell'elenco degli operatori economici, scelto/scelti dal destinatario per l'erogazione dei servizi/prestazioni previsti dal Piano individualizzato;
- la tempistica di attivazione dei servizi/prestazioni;
- la sottoscrizione da parte del soggetto attuatore e del destinatario (ove necessario la sottoscrizione sarà effettuata dal tutore o dall'amministratore di sostegno);
- la data e il luogo di sottoscrizione, che rappresenta l'assegnazione formale del Buono servizio.

Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite addendum all'esistente Piano di spesa,

controfirmato dal soggetto attuatore e dal destinatario.

I servizi extradomiciliari devono essere erogati secondo quanto previsto dal Piano individualizzato e, di norma, al raggiungimento del numero minimo di partecipanti al servizio, come indicato in Tabella. Eccezionalmente, i servizi di che trattasi potranno essere attivati anche in assenza del raggiungimento del numero minimo di partecipanti, in accordo con l'erogatore di essi, tenuto conto comunque della sostenibilità del progetto.

Gli erogatori sono tenuti ad osservare le eventuali indicazioni fornite dai servizi e ad effettuare specifica rendicontazione con le modalità che saranno comunicate dal servizio al momento della sottoscrizione del Piano di Spesa.

Gli operatori economici che intendono svolgere servizi extra-domiciliari devono descrivere nella richiesta le modalità di organizzazione delle attività relative a Caffè Alzheimer, Atelier Alzheimer e Musei per l'Alzheimer, secondo le linee guida del Progetto Alzheimer della Regione Toscana DGRT 1402/2017 nonché gli eventuali accordi che intendano prendere con altri soggetti per gestire gli assistiti e i loro familiari; essi devono inoltre garantire la propria disponibilità a fornire il trasporto direttamente o tramite convenzione con associazioni/enti di trasporto, nonché a dotarsi di una copertura assicurativa adeguata durante lo svolgimento delle attività.

Art. 4

Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui all'artt. 2 e 3 del presente Avviso di istruttoria pubblica;

2. gli operatori economici che forniscono prestazioni extra-domiciliari professionali sanitarie che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui agli artt. 2 e 3 del presente Avviso di istruttoria pubblica;
3. gli operatori economici gestori di Centri Diurni che erogano prestazioni semiresidenziali a titolo di sollievo, in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla normativa vigente;
4. gli operatori economici gestori/erogatori di prestazioni afferenti servizi, anche di tipo innovativo, tipo Caffè Alzheimer, Atelier Alzheimer, Musei per Alzheimer, che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui agli artt. 2 e 3 del presente Avviso di istruttoria pubblica;
5. gli operatori economici erogatori del servizio di trasporto sociale in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla normativa vigente;
6. gli operatori economici che intendono iscriversi al redigendo Registro, devono fornire esperienza documentata nel settore dei servizi per la non autosufficienza del proprio personale, per ogni attività, rilevabile dai rispettivi curricula, in cui si dia evidenza della formazione o dell'esperienza specifica (tali curricula dovranno essere allegati al curriculum dell'operatore economico).

Per l'erogazione dei servizi descritti all'Art.1 della LR 82/2009, gli operatori economici di cui ai precedenti punti che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010. L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia selezionerà i soggetti ritenuti idonei secondo i criteri specificati all'Art. 6 del presente Avviso di istruttoria pubblica. Tali soggetti saranno inclusi nell'apposito elenco dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio-sanitarie previste dal Piano individualizzato. Al momento dell'attivazione dei servizi i destinatari saranno chiamati a sottoscrivere un piano di spesa con il soggetto attuatore.

Gli operatori economici che intendono iscriversi al redigendo registro, si obbligano ad attivare le prestazioni su tutto il territorio della Zona Versilia. Qualora infatti, dovesse verificarsi una reiterata indisponibilità all'erogazione di servizi e prestazioni in particolari territori, la Zona Versilia potrà procedere anche alla cancellazione dell'operatore dal registro stesso, previo confronto con l'interessato.

La Zona Versilia si riserva di integrare/modificare, la manifestazione di interesse nel corso di validità del progetto, nel caso in cui, per uno o più pacchetti di prestazioni omogenee, non vi siano operatori in elenco o vi siano in numero insufficiente a coprire il fabbisogno.

Art. 5

Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

La manifestazione d'interesse al presente avviso dovrà essere redatta unicamente secondo gli

allegati schemi 1-2 e dovrà pervenire mediante **posta elettronica certificata** con oggetto **“Zona Versilia – PROGETTO SOFIA, manifestazione d’interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall’Avviso regionale: Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell’autonomia”** da inviare all’indirizzo direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

(la documentazione, debitamente sottoscritta, dovrà essere scannerizzata ed inviata come allegato in formato pdf).

Art. 6

Modalità e criteri di selezione degli operatori

La valutazione delle proposte di adesione pervenute sarà effettuata da una specifica Commissione Tecnica, composta da un assistente sociale e da un funzionario amministrativo, nominata dal Direttore della Zona Distretto Versilia. Tale commissione avrà il compito di valutare il possesso di competenza professionale ed esperienza nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui all'artt. 3 e 4 del presente Avviso di istruttoria pubblica.

Per quanto concerne "l'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui agli artt. 2 e 3 del presente Avviso di istruttoria pubblica", essa è da computarsi (minimo) in anni 2.

La valutazione sulla capacità tecnica e organizzativa scaturirà dall'analisi delle risorse (mezzi, attrezzature, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso e di quelle effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso.

Art. 7

Responsabile del procedimento

Ai sensi dell’art. 8 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modifiche si comunica che il responsabile del procedimento è il Collaboratore Amministrativo Professionale Silvia Motto. Per chiarimenti ed informazioni è possibile inviare una mail con oggetto *“Quesito Zona Versilia - manifestazione d’interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall’Avviso regionale: Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell’autonomia”* al seguente indirizzo: silvia.motto@uslnordovest.toscana.it.

Art. 8

Informativa sulla privacy

Relativamente alle esigenze di tutela della privacy, si informa che:

- a) il trattamento dei dati personali è finalizzato unicamente allo svolgimento della presente procedura di evidenza pubblica ed eventuale successivo rapporto contrattuale;
- b) il trattamento sarà effettuato da soggetti appositamente incaricati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate;
- c) il conferimento dei dati è necessario per la partecipazione alla procedura;

- d) i dati stessi potranno essere comunicati ai soggetti preposti ai bandi di gara, ai rapporti contrattuali e alla verifica ispettiva sulla gestione del patrimonio pubblico, e a tali fine potranno essere diffusi;
- e) gli interessati potranno avvalersi dei diritti riconosciuti dalla normativa ed in particolare il diritto di ottenere la conferma del trattamento dei propri dati personali e di chiederne l'aggiornamento o la rettifica, se erronei, rivolgendo la richiesta al responsabile del trattamento;
- f) contestualmente alla stipula della convenzione per la realizzazione di quanto co-progettato si procederà alla sottoscrizione di un Atto Giuridico di definizione delle responsabilità nella materia della protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 28 paragrafo 3. del Regolamento Europeo sulla Privacy (n. 679 del 27/04/16 del parlamento Europeo e del Consiglio).

Il Direttore Zona Distretto Versilia
Dr. Alessandro Campani

ALLEGATO B - MODELLI DI DOMANDA

MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali, sociosanitarie e sanitarie

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI

POR Regione Toscana

FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

attività PAD B.2.1.3.A) "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazione di autonomia", SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA

Istruttoria Pubblica / manifestazione di interesse - Progetto SO.F.I.A. (Sostegno - Famiglia - Interventi - Assistenza persone con limitata autonomia personale)

Il/Lasottoscritto/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
seguito _____ forma _____ giuridica:
eventuali _____ recapiti _____ (inserire altri telefonici _____)

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per il sostegno alla domiciliarità (selezionare le tipologie di prestazioni che ci si candida ad erogare)

TIPOLOGIA D'INTERVENTO	OPERATORI	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	SI	NO
Servizi Domiciliari	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione		

Professionali		care-giver, presenza di supporto per permettere al care-giver la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio		
	PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geratria per definizione del progetto educativo e restituzione alla famiglia		
	Educatore Professionale/Animatore	Formazione del care-giver e dell'ambiente socio familiare in base al progetto educativo ed all'utilizzazione 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 care-giver		
	FKT	Interventi di fisioterapia per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al care-giver per dare continuità all'attività al fine di conseguire gli obiettivi stabiliti		
	PSIC	Interventi di psico educazione al care-giver, 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.		
Servizi Extra-Domiciliari	PSIC/NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso 6/8 persone		
	FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8/10 persone		
	PSIC	Supporto psicologico alla famiglia - costituito da un gruppo chiuso (8/10 persone)		
Servizi di Trasporto		Trasporto utenti		

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:

· risorse (mezzi, attrezzature, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso

· risorse (mezzi, attrezzature, capitale) effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso.

· 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, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale *“Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia”* e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/'16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

ALLEGA

- i curricula degli operatori che saranno impiegati nelle attività

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.

MODELLO 2) da compilare a cura dei soggetti economici gestori di CENTRI DIURNI E SERVIZI EXTRADOMICILIARI (Caffè Alzheimer, Atelier Alzheimer, Musei Alzheimer)

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI
SERVIZI E PRESTAZIONI**

**POR Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 - 2020
Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà**

attività PAD B.2.1.3.A) "Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazione di autonomia", SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA

Istruttoria Pubblica / manifestazione d'interesse - Progetto SO.F.I.A. (Sostegno- Famiglia- Interventi-Assistenza persone con limitata autonomia personale)

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
seguinte _____ forma _____ giuridica:
_____ (inserire altri eventuali
recapiti telefonici _____)

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei
seguenti servizi e prestazioni per il sostegno alla domiciliarità (selezionare le tipologie di
prestazioni che ci si candida ad erogare)**

TIPOLOGIA D'INTERVENTO	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	SI	NO
Altri Servizi Domiciliari	Caffè Alzheimer		
	Atelier Alzheimer		

	Musei per Alzheimer		
Servizi Semi Residenziali	Centro Diurno (frequenza giornaliera/mezza giornata)		

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:

· risorse (mezzi, attrezzature, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso

· risorse (mezzi, attrezzature, capitale) effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso.

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

· le modalità di organizzazione delle attività relative a Caffè Alzheimer, Atelier Alzheimer e Musei per l'Alzheimer, secondo le linee guida del Progetto Alzheimer della Regione Toscana DGRT 1402/2017, nonché gli eventuali accordi che intendano prendere con altri soggetti per gestire gli assistiti e i loro familiari :

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse
(max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/'16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "*Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia*" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/'16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

ALLEGA

- i curricula degli operatori che saranno impiegati nelle attività

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.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: CAMPANI ALESSANDRO

DATA FIRMA: 27/11/2019 14:38:18

IMPRONTA: 30373763373934333234663261396161643937353232316562393936306438663136633032373536