

MODELLO 2) da compilare a cura dei professionisti sanitari fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI
EROGATORI DI PRESTAZIONI RELATIVE AI BUONI SERVIZIO PREVISTI
DALL'AVVISO REGIONALE: "SOSTEGNO AI SERVIZI DI CURA DOMICILIARE" A
VALERE SUL FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE (FSC)**

CODICE PROGETTO: 290194

TITOLO PROGETTO: Domiciliarità al Centro del Territorio (DO.CE.T)

Azione 1 Servizi di continuità assistenziale ospedale territorio

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ___ / ___ / _____ C.F. _____

residente in _____ (cap _____) Via _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno ai servizi di cura domiciliare (selezionare il pacchetto di intervento che ci si candida ad erogare scrivendo SI nella colonna preposta):

<i>descrizione interventi</i>	<i>figura professionale operatore</i>	<i>costo orario pacchetto interventi</i>	<i>scrivere Si/no per la candidatura</i>
interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care giver	OSA o OSS	€ 24,00	
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	€ 32,00	
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	€ 36,00	

a tal fine DICHIARA:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- 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 per manifestazione d'interesse della Società della Salute e l'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" e di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni negli stessi previsti;
- di 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;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e smi che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Nome Cognome

(luogo e data)

(firma leggibile)

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