

MODELLO 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

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: Avviso pubblico mediante procedura a sportello **“Sostegno all’assistenza socio sanitaria domiciliare”**

Azione 1 Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio “

Progetto AN.CO.RE

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 di cui all'avviso regionale Avviso pubblico mediante procedura a sportello **“Sostegno all’assistenza socio sanitaria domiciliare”** (selezionare il pacchetto di intervento che ci si candida ad erogare scrivendo SI nella colonna):

<i>descrizione interventi</i>	<i>Figura professionale operatore</i>	<i>costo orario pacchetto interventi</i>	<i>Scrivere Si/no per la candidatura</i>
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del presidente della repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 76 del citato d.p.r. 445 del 28.12.2000, e sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- ⌚ di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
- ⌚ di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal __/__/____ con numero _____
- ⌚ di essere in possesso della seguente partita IVA _____
- ⌚ di avere maturato la seguente esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare
 - ⌚ _____ dal __/__/____ al __/__/____
 - ⌚ _____ dal __/__/____ al __/__/____
 - ⌚ _____ dal __/__/____ al __/__/____
 - ⌚ _____ dal __/__/____ al __/__/____

⌚ **descrivere la proposta progettuale per la quale si presenta la candidatura e determinare il costo orario della prestazione**

⌚ 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 e l'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio sanitaria domiciliare" e di accettarne quanto negli stessi previsto
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679, (GDPR) che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa
- di non trovarsi in condizioni che limitano o escludono, a norma di legge, la capacità di contrattare con la Pubblica Amministrazione.

(luogo e data)

(firma)

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