

**Allegato 1 Domanda di  
Manifestazione di interesse**

da compilare

**Su CARTA INTESTATA ENTE/ASSOCIAZIONE**

(Indirizzo,  
Tel.,  
Cell.,  
Web,  
e-mail)

Alla Società della Salute della Lunigiana  
Largo Giromini,2  
54011 Aulla (MS)

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA PRESENTAZIONE DI UN  
PROGETTO PER L'ATTUAZIONE 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/SdS, in caso di affidamento del servizio (specificare la forma di partenariato/associazione \_\_\_\_\_)

A tal fine

**A TAL FINE DICHIARA E INFORMA**

**che l'impresa/ente**

appartiene agli enti del Terzo Settore di cui all'art. 4 del Codice del Terzo Settore/Enti di patronato (specificare \_\_\_\_\_)

è iscritto (specificare) \_\_\_\_\_

**che l'impresa / ente 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 max 2000 caratteri)*

**che intende svolgere l'intervento, di cui alla presente manifestazione di interesse, come segue:**

*(Descrizione generale del progetto proposto e delle attività previste max 4000 caratteri)*

**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 max 3000 caratteri)*

**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 max 1500 caratteri)*

**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 schema allegato max 1500 caratteri)*

**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 aggiudicazione del servizio, 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)*

*si impegna altresì ad allegare:*

*oltre alla eventuale lettera di intenti per la costituzione di ATS/ATI;*

- 1 **Relazione dettagliata** in cui siano illustrati i seguenti argomenti oggetto di valutazione da parte della Commissione *(su carta intestata ente dichiarante)*;
- 2 **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 *(su carta intestata ente dichiarante)*;
- 3 **Descrizione generale del progetto proposto e delle attività previste;**
- 4 **Descrizione della capacità di raccordo, sviluppo e rafforzamento di una rete di collaborazione a protezione e supporto della famiglia e della persona anziana** *(su carta intestata ente dichiarante)*;
- 5 **Descrizione del piano di formazione rivolto agli operatori coinvolti sul territorio**, comprensivo di una "guida operativa" a supporto degli stessi e degli utenti (contenente, tra l'altro, la mappatura dei servizi territoriali, i numeri utili, le procedure amministrative, etc.) *(su carta intestata ente dichiarante)*;
- 6 **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). *(su carta intestata ente dichiarante)*;
- 7 **Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante del soggetto/ente proponente**

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

In fede

---

(Timbro e firma)

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

# 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: ROBERTO VALETTINI*

*DATA FIRMA: 06/05/2026 17:41:31*

*IMPRONTA: 35393562393839373963323732316633623037386463613465386364336161636564313066363963*

*NOME: FORMATO MARCO*

*DATA FIRMA: 06/05/2026 17:35:34*

*IMPRONTA: 39623637386435386538363333616238316337366562653532616562343932633338353034373135*