

**MODELLO 3) da compilare a cura dei professionisti di cui alla tabella dipendenti pubblici/privati autorizzati a svolgere attività professionale esterna ex art.13 del Decreto legge 30 Marzo 2023. n.34.**

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI RELATIVE AI BUONI SERVIZIO PREVISTI DALL'AVVISO REGIONALE: "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI"

**Progetto :Contributi e Assistenza Domiciliare Lunigiana Ospedale e Territorio (CameLOT)  
Azione 4:Servizi di assistenza a minori con disabilità e alle loro famiglie**

**Codice progetto S.I. FSE: 312745  
CUP D69G24000010006**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**Manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco dei singoli professionisti**

per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare) di cui alla seguente tabella:

<i>descrizione interventi (a titolo esemplificativo)</i>	<i>Figura professionale operatore</i>	<i>costo orario pacchetto interventi</i>	<i>Scrivere Sì/no per la candidatura</i>
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA o OSS	<b>Costo orario</b> da determinare a cura del libero professionista	
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare.	Infermiere	<b>Costo orario</b> da determinare a cura del libero professionista	

Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo			
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	Psicologo	<b>Costo orario</b> da determinare a cura del libero professionista	
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore professionale	<b>Costo orario</b> da determinare a cura del libero professionista	
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver	Fisioterapista	<b>Costo orario</b> da determinare a cura del libero professionista	
Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	Logopedista	<b>Costo orario</b> da determinare a cura del libero professionista	
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE)	<b>Costo orario</b> da determinare a cura del libero professionista	
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione/attività sportive a scopo terapeutico	Sede:sarà individuata dall'operatore economico ed essere idonea alla tipologia del servizio Frequenza : 2/4 Volte la settimana durata. 2/4 h n. partecipanti ( min/max 5-8)	<b>Costo a persona:</b> per seduta da determinare a cura del singolo professionista	

	operatori professionali: indicare le figure previste per la realizzazione dell'intervento tenendo conto della compresenza minima di due operatori		
--	--	--	--

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 E INFORMA CHE:**

⌚ di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

⌚ di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_ con numero \_\_\_\_\_

⌚ 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 \_\_/\_\_/\_\_

⌚ di essere dipendente Pubblico/ privato del seguente Ente \_\_\_\_\_ - dal \_\_\_\_\_ ad oggi e di impegnarsi a produrre l'autorizzazione allo svolgimento di attività professionale esterna di cui al presente avviso, se selezionato dal beneficiario del buono servizio.

⌚ **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 regionale “Interventi di sostegno alle cure domiciliari” e di accettare quanto in esso previsto;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni in esso previste;
- di non essere incorso in nessuna causa determinante l'esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento dei contratti pubblici previsti dagli artt. 94, 95, 96, 97 e 98 del D.Lgs 36/2023 e che non sussista qualsivoglia causa di impedimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione;
- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec \_\_\_\_\_
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 2016/679 che i dati raccolti
- saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- che 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 per la partecipazione presente manifestazione di interesse, verranno comunicate tempestivamente;
- l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse nei confronti della SdS Lunigiana;
- 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.

### **S'IMPEGNA**

- a produrre l'autorizzazione allo svolgimento di attività professionale esterna da parte del proprio Ente
- 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.