

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	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare.	Infermiere	Costo orario 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	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore professionale	Costo orario 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	Costo orario 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	Costo orario 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)	Costo orario 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)	Costo a persona: 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.