

Avviso A azione 1 Allegato 1

MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono servizi di assistenza domiciliare e altri servizi alla persona per la costituzione di elenco di operatori

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 _____

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:

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni di cui all’avviso regionale “Sostegno all’assistenza socio sanitaria domiciliare” Azione 1 Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio (selezionare i pacchetti di intervento che ci si candida ad erogare):

<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	€ 23,00	
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	€ 26,50	
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	€ 28,00	

Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	€ 28,00	
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	€ 32,00	

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 E INFORMA CHE:

🕒 l'impresa / ente svolge attività di:

🕒 può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

🕒 il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina):

DICHIARA inoltre

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nonché delle delibere regionali di riferimento;
- 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;

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.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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