

MODELLO 2) da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA

MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER

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 "

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il ___ / ___ / ___ C.F. _____

residente in _____ (cap _____) Via _____

n. _____ in qualita 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 del seguente pacchetto interventi, così come definito avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio sanitaria domiciliare" Azione 1 Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio

<i>descrizione intervento</i>	OPERATORE	<i>costo giornaliero pacchetto interventi</i>	<i>Scrivere Si/no per la candidatura</i>
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 20 gg	€ 132,00	

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

- che la struttura è accreditata al momento della presentazione della domanda ed in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 Gennaio 2018 per il modulo specialistico Cure intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria
- 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 essere in regola con la normativa vigente in materia previdenziale e con la normativa applicabile al proprio personale;
- 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.