

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

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 2 Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza

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 che erogano l'intervento di cui all'avviso regionale: Avviso pubblico mediante procedura a sportello "Sostegno all'assistenza socio sanitaria domiciliare"
Azione 2 Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza per l'intervento di seguito descritto

<i>descrizione intervento</i>	OPERATORE	<i>costo giornaliero pacchetto interventi</i>
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA *	RSA	Modulo base €107,50 Modulo specialistico per disturbi cognitivo comportamentali € 122,03

* Per il ricovero in RSA è prevista la totale copertura della retta in quanto considerato intervento di sollievo.

e a tal fine 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 autorizzata al funzionamento e accreditata al momento della presentazione della domanda ed in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla Legge Regionale 82/2009 e s.m.i e dal Regolamento 2/R del 9 Gennaio 2018 e ss.mm.ii;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse della Società della Salute e l'Avviso regionale “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” e di accettarne le condizioni;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e smi 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.