

**MODELLO 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari: Educatori
Professionali/Animatori, Psicologi in possesso di abilitazione professionale, ove richiesto**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI
DI PRESTAZIONI RELATIVE AI BUONI SERVIZIO PREVISTI DALL'AVVISO
REGIONALE: "SOSTEGNO AI SERVIZI DI CURA DOMICILIARE" A VALERE SUL
FONDO PER LO SVILUPPO E LA COESIONE (FSC)**

CODICE PROGETTO: 290194

TITOLO PROGETTO: Domiciliarità al Centro del Territorio (DO.CE.T)

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

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

il ___/___/_____ C.F. _____

residente in _____ (cap _____) Via _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno ai servizi di cura domiciliare (selezionare il pacchetto di intervento che ci si candida ad erogare scrivendo SI nella colonna preposta):

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatori</i>	<i>Costo orario</i>	<i>scrivere Si/no per la candidatura</i>
Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio	OSA/ OSS	€ 24,00	
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	PSIC	€ 45,00	
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	PSIC	€ 45,00	

Formazione del <i>caregiver</i> e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all'utilizzo della metodologia di stimolazione cognitiva ed occupazionale; stimolazione cognitiva ed occupazionale del paziente mediante intervento diretto di un educatore/animatore, stimolazione cognitiva ed occupazionale prolungata "di mantenimento" del paziente mediante l'intervento del <i>caregiver</i>	EDUCATOR E PROF/ ANIMATORE	€ 28,00	
---	----------------------------------	---------	--

a tal fine DICHIARA:

• di essere in possesso del seguente titolo di studio _____

• di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal __/__/____

Con numero _____

• di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

- _____ dal __/__/__ al __/__/__
- _____ dal __/__/__ al __/__/__
- _____ dal __/__/__ al __/__/__
- _____ dal __/__/__ al __/__/__

• 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 per manifestazione d'interesse della Società della Salute e l'Avviso regionale "Sostegno ai servizi di cura domiciliare" e di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni negli stessi previsti;
- di 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;
- 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.

Nome Cognome

(luogo e data)

(firma leggibile)

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