

MODELLO 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari fisioterapisti, educatori, psicologi

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 _____

MANIFESTA INTERESSE

per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni 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 (selezionare i pacchetti di intervento che ci si candida ad erogare):

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatori/ standard tradizionali</i>	<i>Costo orario</i>	<i>Scrivere Si/no per la candidatura</i>
Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia	PSIC	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	
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	Costo orario da determinare a cura del libero professionista	
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>	Educatore Prof.le/ Animatore	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 <i>caregiver</i> per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti	FKT	Costo orario da determinare a cura del libero professionist a	
Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone	PSIC/ NEUROPSI C	Costo a per- sona da deter- minare a cura del libero pro- fessionista	
Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone	FKT/(Laureati in Scienze motorie e Diplomati ISEF o in Fisioterapia)	Costo a per- sona da deter- minare a cura del libero pro- fessionista	

Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)	PSIC	Costo a persona da determinare a cura del libero professionista	
--	------	--	--

a tal fine DICHIARA:

⌚ di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito in data _____ presso _____

⌚ di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto) _____ dal __/__/__ con numero _____

⌚ di essere in possesso della seguente Partita IVA _____

⌚ di avere la seguente 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) :

⌚ descrivere la proposta progettuale per la quale si presenta la candidatura e determinare il costo orario e/o a persona

DICHIARA inoltre

- 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;

e 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)

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