**Allegato A)**

**MODELLO DI DOMANDA**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI RELATIVE AI BUONI SERVIZIO PREVISTI DAL PROGETTO A.TE.DO PLUS AMMESSO A FINANZIAMENTO SULL'AVVISO "INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI"A VALERE SUL PR FSE+ 2021-2027 PRIORITÀ 3 INCLUSIONE ATTIVITÀ PAD 3.K.7. "SOSTEGNO ALLE PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA E AI LORO FAMILIARI PER L'ACCESSO AI SERVIZI DI CURA SOCIOSANITARI"**

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:

_____

☐ libero professionista : ☐ educatore professionale
☐ oss/osa/adb
☐ psicologo
☐ fisioterapista

**MANIFESTA INTERESSE PER**

l'iscrizione nell'elenco degli operatori per le seguenti tipologie di azioni e per l'erogazione delle seguenti tipologie di servizi, tramite l'attribuzione di Buoni Servizio (selezionare azioni e interventi oggetto della candidatura)

☐ **Azione 1** ***Servizi di continuità assistenziale ospedale territorio***

| **Figure professionali** | **Tipologia di prestazione** | ✓ |
|---|---|---|
| OSA/OSS/ADB | Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione caregiver | |
| Infermiere | Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni | |

| | | |
|---|---|---|
| | non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)<br>Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice | |
| Fisioterapista | Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver<br>Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management | |

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

| **Figure professionali** | **Tipologia di prestazione** | ✓ |
|---|---|---|
| OSA/OSS/ADB | Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazioni caregiver | |
| Psicologo | Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia | |
| | Intervento di psico educazione al caregiver, 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 | |
| | Supporto psicologico alla famiglia – gruppo chiuso | |
| Educatore Professionale | Formazione del caregiver 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 caregiver | |
| Fisioterapista | Interventi per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver per dare continuità all'attività per conseguire gli obiettivi stabiliti | |
| Psichiatra Neoropsichiatra | Interventi di stimolazione neurocognitiva/riabilitazione neuropsicologica gruppo chiuso | |
| Fisioterapista | Interventi di fisioterapia per AFA – gruppi chiusi | |
| | Centro diurno (frequenza giornaliera mezza/intera giornata) * | |
| | Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi) | |
| | Intervento di sollievo residenziale (accoglienza temporanea di sollievo dell'assistito in struttura residenziale ) Max 30 giorni | |

* Centro diurno base o CDA. È prevista la totale copertura della retta in quanto considerato intervento di sollievo.

☐ **Azione 4 *Servizi domiciliari di carattere socio assistenziale per minori con disabilità*;**

| **Figure professionali** | **Tipologia di prestazione** | ✓ |
|---|---|---|
| OSA/OSS/ADB | Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità | |
| Infermiere | Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo | |
| Psicologo | Intervento di psico educazione al caregiver, 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 | |
| Educatore Professionale | Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo | |
| Fisioterapista | Interventi per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver | |
| Logopedista | Interventi sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile) | |
| Terapista della Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva | Interventi di abilitazione, riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo | |
| | Laboratori diurni creativi/centri di aggregazione | |
| | Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi) | |

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE**

di essere in possesso del seguente titolo di studio (per il libero professionista):

_____

di essere iscritto all'albo professionale _____ dal __/__ /__ con numero_____ (per il libero professionista)

l'impresa/ente/operatore 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 persona referente per la seguente procedura è: (Nome e Cognome) _____, nato/a a _____, il _____ CF _____, residente in _____ (cap _____), Tel._____, e-mail _____;

□ di essere soggetto accreditato per l'erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e di altri servizi alla persona, cosi come previsto dalla LR 82/2009 e dal Regolamento di attuazione n. 29/R del 3 marzo 2010 (indicare i riferimenti dell'accreditamento):

_____
_____
_____

□ di essere in possesso dei requisiti stabiliti dalle norme prescrittive relative all'esercizio dell'attività per la quale si è candidato (indicare eventuali riferimenti):

_____
_____

□ di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di accettare quanto in esso previsto;

□ di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

□ che nel proprio Statuto è prevista la realizzazione di attività compatibili con quelle richieste dall'Amministrazione;
□ di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dall'art. 80, del D. Lgs. 50/2016 e s.m.i., per quanto compatibili con la natura giuridica degli Enti del Terzo settore e di non trovarsi in alcuna ipotesi di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione prevista dalla legge;
□ l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse previste dall'art. 42 del D.Lgs n.50/2016 nei confronti della Zona Distretto Valtiberina;
□ di essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente;
□ 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;

**ALLEGA**

- ***copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità***
- ***curricola degli operatori che saranno impiegati nelle attività***

**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)

_____ _____