

**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 SOCIO SANITARI"**

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) Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	
Fisioterapista	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver 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, così 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***
- ***curricula 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)

---

---