

ALLEGATO 4

da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA



**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER
L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEI SOGGETTI QUALIFICATI PER L'EROGAZIONE
DEGLI INTERVENTI PREVISTI DALL'AVVISO REGIONALE APPROVATO CON D.D.
REGIONE TOSCANA N. 14104 DEL 26.06.2023 – PROGETTO DI SOSTEGNO
ALL'ASSISTENZA SOCIO – SANITARIA DOMICILIARE, NEL TERRITORIO
DELL'AREA DELLA VALDINIEVOLE. PROGETTO S.O.S.T.A.**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ () il ___ / ___ / ___ / C.F. _____
residente in _____ (cap _____) Via _____ n. _____
in qualita di legale rappresentante di _____
avente sede legale in _____ (cap _____)
Via _____ n. _____
C.F./PIVA _____
Tel. _____, e-mail _____ PEC _____
avente la seguente forma giuridica: _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 1 – Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio” (selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).

descrizione intervento	struttura intervento	SI	NO
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito	Ricovero in RSA per 20 giorni		

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 2 - Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza” (selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).

Tipologie di Prestazioni		SI	NO
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA	Modulo base		
Ricovero di sollievo: Max 30 giorni in RSA	Modulo specialistico a seconda della presenza di disturbi comportamentali		

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

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- che la struttura è in possesso dei requisiti previsti dal regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria. *(solo nel caso di candidatura per il modulo specialistico)*
- che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare" e di accettare quanto in essi previsto
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

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. Documento da firmare digitalmente o allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.