**ALLEGATO 5**

*da compilare a cura dei professionisti, sanitari e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale*

**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. 27538 DEL 22.12.2023 – PROGETTO DI SOSTEGNO ALLE PERSONE CON LIMITAZIONE DELL’AUTONOMIE E AI LORO FAMILIARI PER L’ACCESSO AI SERVIZI DI CURA SOCIOSANITARI. PROGETTO S.O.S.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_) il \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_/ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

**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).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologie di Prestazioni** | **Operatori / Attività** | **SI** | **NO** |
| interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione care giver | OSA o OSS |  |  |
| Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali) | Infermiere |  |  |
| Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver | Fisioterapista |  |  |
| Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice | Infermiere |  |  |
| Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management | Fisioterapista |  |  |

**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 a persone affette da demenza” (selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologie di Prestazioni** | **Operatori / Attività** | **SI** | **NO** |
| Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione caregiver, presenza di supporto per permettere al caregiver la partecipazione ad interventi di supporto e/o formazione esterni al domicilio | OSA/OSS |  |  |
| Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia | 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 | PSICOLOGO |  |  |
| 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; | Educatore Prof.le /  Animatore |  |  |
| Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al *caregiver* per dare continuità alla attività per conseguire gli obiettivi stabiliti; | FKT |  |  |

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di prestazioni di cui alla “AZIONE 4 – Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità” (selezionare la/le “Tipologia di prestazione” che ci si candida ad erogare).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologie di Prestazioni** | **Operatori / Attività** | **SI** | **NO** |
| Attivita di supporto e assistenza nelle attivita quotidiane come la cura dell’igiene personale, l’alimentazione e la mobilita | OSA o OSS |  |  |
| Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare.  Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo | Infermiere |  |  |
| Intervento di psico educazione al *caregiver*, monitoraggio e revisione  del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla  famiglia. Attivita di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico | Psicologo |  |  |
| Formazione del caregiver e dell’ambiente socio-familiare in base al  Progetto Educativo | Educatore Professionale |  |  |
| Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver | Fisioterapista |  |  |
| Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile) | Logopedista |  |  |
| Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo | Terapista della Neuro e Psicomotrocità dell’Età Evolutiva (TNPEE) |  |  |

**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 e l'Avviso regionale “Sostegno alle persone con limitazione dell'autonomie e ai loro familiari per l'accesso ai servizi di cura sociosanitari” e di accettare quanto in essi previsto

(luogo e data) (firma)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| ***Informativa sulla Privacy ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Ue 2016/679***  ***Società della Salute della Valdinievole*** | |
|  | |
| ***Descrizione del presente documento*** | *Con la presente informativa la* ***Società della Salute della Valdinievole*** *quale Titolare del trattamento, intende descrivere come vengono raccolti, utilizzati, condivisi e conservati i dati che ti riguardano per la gestione del rapporto contrattuale.*  *La presente informativa viene redatta in conformità al* ***Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio*** *del 27 aprile 2016 (GDPR)e potrà essere oggetto di periodici aggiornamenti che ti saranno prontamente comunicati.* |
| ***Titolare del Trattamento e Responsabile della protezione dei dati*** | ***Titolare del trattamento*** *è la* ***Società della Salute della Valdinievole****, con sede in via Cesare Battisti, 31 – 51017 Pescia (PT), email sdsvaldinievole@uslcentro.toscana.it; P.e.c. sdsvaldinievole@postacert.toscana.it;*  ***Responsabile della protezione dei dati*** *è l’Avv.* ***Michele Morriello****, con sede in Firenze, viale A. Gramsci n. 53, email sds@dpo-rpd.eu, tel. (+39) 371 3057734.* |
| ***Fonte dei dati personali*** | *I dati personali che raccogliamo sono quelli che ci hai fornito per l’instaurazione del rapporto contrattuale/convenzionale. I dati che trattiamo sono:*  *- dati identificativi: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza e/o domicilio, codice fiscale, indirizzo email;*  *- dati c.d. giudiziari: per verificare la presenza di sentenze di condanna e reati;*  *- dati fiscali e contabili per gli adempimenti richiesti dalla legge.* |
| ***Base giuridica e finalità del trattamento*** | *I tuoi dati personali vengono trattati ove* ***a)*** *sia necessario per l’esecuzione di un contratto o l’adempimento di un obbligo legale;* ***b)*** *per i nostri interessi legittimi, quali l’esercizio e la tutela dei nostri diritti legali;****c)*** *sia necessario per l’esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all’esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare.*  *Nello specifico trattiamo i tuoi dati personali per i seguenti scopi:*   * *Perfezionare e gestire il rapporto contrattuale/convenzionale nel rispetto della normativa di riferimento della singola tipologia contrattuale.* * *conformarsi alle leggi e ai regolamenti applicabili, esercitare e tutelare i nostri diritti legali, prestare assistenza nella risoluzione delle controversie.* |
| ***Comunicazione dei dati*** | *I tuoi dati personali non saranno comunicati a terzi salvi i casi, descritti di seguito, in cui potremo comunicare i tuoi dati solo con il tuo consenso o secondo quanto richiesto o consentito dalle leggi applicabili o dal contratto/convenzione, ad esempio:*   * *ai nostri fornitori di servizi informatici per la gestione documentale;* |
| ***Trasferimento internazionale dei dati*** | *I tuoi dati non saranno inviati all’estero ma verranno trattati unicamente all’interno del territorio italiano e/o europeo.* |
| ***Sicurezza*** | *Utilizziamo misure di sicurezza organizzative, amministrative, tecniche e fisiche per salvaguardare i tuoi dati e per garantire che questi siano elaborati in maniera tempestiva, accurata e completa. Chiediamo ai nostri Fornitori di servizi di salvaguardare i tuoi dati e di utilizzarli solo per gli scopi specificati.* |
| ***Conservazione dei dati*** | *La SdS Valdinievole conserva i dati personali dell’interessato fino a quando sarà necessario o consentito alla luce delle finalità per le quali i dati personali sono stati ottenuti. I criteri usati per determinare i periodi di conservazione si basano su:*  *1. durata del rapporto contrattuale/convenzionale;*  *2. obblighi legali gravanti sul titolare del trattamento, con particolare riferimento all’ambito fiscale e tributario;*  *3. necessità o opportunità della conservazione, per la difesa dei diritti della SdS Valdinievole;*  *4. previsioni generali in tema di prescrizione dei diritti.*  *Con riferimento all’appaltatore/ente convenzionato, i dati personali sono conservati per tutta la durata del contratto di appalto e per i successivi dieci anni dalla data della cessazione del rapporto contrattuale/convenzionale.*  *I dati personali possono essere conservati per un periodo maggiore, qualora se ne ponga la necessità per una legittima finalità, quale la difesa, anche giudiziale, dei diritti della SdS Valdinievole; in tal caso i dati personali saranno conservati per tutto il tempo necessario al conseguimento di tale finalità.* |
| ***Accesso ai dati*** | *Ti chiediamo di verificare regolarmente che i tuoi dati personali in nostro possesso siano corretti e aggiornati. Se rilevi che siano errati oppure incompleti potrai chiedere che vengano corretti, aggiornati oppure potrai richiedere che vengano rimossi dai nostri archivi.*  *Potrai esercitare i tuoi diritti contattando direttamente i nostri uffici al seguente indirizzo sdsvaldinievole@uslcentro.toscana.it* |
| ***Diritti dell’interessato*** | *Hai il diritto di accedere, aggiornare, cancellare, modificare o correggere i tuoi dati personali. Più in particolare, hai il diritto di:*   * *revocare il consenso per l'utilizzo dei tuoi dati personali in qualsiasi momento, laddove il trattamento sia basato sul tuo consenso. Tuttavia, un eventuale mancato conferimento o revoca dei dati personali raccolti ovvero di altri dati personali eventualmente richiesti nel corso del rapporto contrattuale, potrà comportare l’impossibilità per la nostra Società di instaurare e/o proseguire, in tutto o in parte, il rapporto contrattuale ovvero, dare seguito alle richieste pre-contrattuali;* * *limitare e/o opporti all'utilizzo dei tuoi dati;* * *richiedere una revisione manuale di alcune attività di elaborazione dati automatizzata che influisca sui tuoi diritti;* * *richiedere una copia dei tuoi dati personali detenuti dalla nostra Società;* * *revocare il tuo consenso a ricevere comunicazioni di marketing da parte della nostra Società.* |
| ***Quesiti o reclami*** | *Se intendi sottoporre domande in merito alla presente informativa sulla privacy o alle modalità con cui vengono gestiti i tuoi dati personali puoi contattare il Titolare del Trattamento, ai recapiti sopra indicati oppure il Responsabile delle Protezione dei dati.*  *Hai inoltre diritto di contattare direttamente l’Autorità di controllo – Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121 – 00186 Roma, tel. (+39) 06.696771, e-mail: garante@gpdp.it, Posta certificata: protocollo@pec.gpdp.* |

Per presa visione

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_