



## SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

**MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie**

**Progetto "SO.DO.VE 3" - (cod. 309132)**

**AZIONE 1: Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio**

### **MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ Fondo di sviluppo e coesione (FSC)**

**Avviso regionale "Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare"**

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: \_\_\_\_\_

Accreditato per la seguente tipologia di prestazioni: \_\_\_\_\_

Data accreditamento \_\_\_\_\_



## SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare le prestazioni che si intende erogare)**

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatore</i>	<i>Si</i>	<i>No</i>
Interventi di supporto e monitoraggio Attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS		
Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere		
Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazioni complesse	Infermiere		
Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista		
Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista		

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

l'impresa / ente svolge attività di:

---

---

può dimostrare l'esperienza, competenze e qualifiche acquisite 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:

---

---

---



## SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)

Descrizione progettuale e costi delle prestazioni e attività per le quali il soggetto si candida:

---

---

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione di idoneità della manifestazione d'interesse:

---

---

### 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;
- 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;
- che nel proprio Statuto è prevista la realizzazione di attività compatibili con quelle richieste dall'Amministrazione;
- di non trovarsi nelle condizioni di esclusione previste dal DLgs n. 36/2023, 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 dal DLgs n. 36/2023, nei confronti della Società della Salute Alta Val d'Elsa;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente;
- di avere preso visione di tutte le circostanze generali e particolari che possono influire sullo svolgimento delle attività progettuali e di avere ritenuto le condizioni tali da consentire la presentazione del progetto per la sua realizzazione;



## SOCIETA' DELLA SALUTE DELLA ZONA ALTA VAL D'ELSA

*(Consorzio tra i Comuni di Casole d'Elsa, Colle Di Val d'Elsa, Poggibonsi, S.Gimignano, Radicondoli e la A.U.S.L.Toscana sud est)*

- di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni dell'avviso di idoneità;
- di 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;
- di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali e relativa normativa italiana di adeguamento (D.Lgs n.196 del 30 giugno 2003, novellato dal D.Lgs. n.101 del 10 agosto 2018) 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. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*