



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 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

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. _____

Tel. _____ e-mail _____

PEC _____

Abilitato per la seguente tipologia di prestazione: _____

Data abilitazione _____ rilasciata da: _____

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 i pacchetti intervento che ci si candida ad 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 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		
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		

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

1. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___

2. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___



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)

3. _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
4. _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

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

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale “*Sostegno all'assistenza socio-sanitaria domiciliare*” e di accettare quanto in esso previsto;
- di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni dell'avviso di selezione;
- 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.

(luogo e data)

(firma)

N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.