**Allegato**

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER LA CURA E IL SOSTEGNO FAMILIARE DI PERSONE AFFETTE DA DEMENZA LIEVE O MODERATA**

**POR Regione Toscana**

**FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020**

Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà

Avviso regionale “Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia”

Progetto SENES (Sostegno Economico alla Non autosufficienza ed Erogazione di Servizi)

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:

Persona da contattare: Tel Mail:

**DICHIARA**

- che l’impresa/società/consorzio/ente è iscritta/o nel Registro delle Imprese della Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per la/e seguente/i attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- che con riferimento al requisito dell'accreditamento ai sensi della LR n.82/2009 e secondo il disposto della legge stessa e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 dichiara che l'accreditamento decorre dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e la relativa documentazione è stata presentata al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per la cura e il sostegno familiare di persone affette da demenza lieve o moderata (selezionare le tipologie di interventi e prestazioni per le quali è presentata la candidatura)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia di intervento** | **Operatori** | **Tipologia di prestazione** | **Sì** | **No** | **Unità di misura (ora, giorno, accesso)** | **Importo unitario (compresa iva)** |
| Servizi domiciliari professionali | OSA/OSS | 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 |  |  |  |  |
| PSIC | Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia |  |  |  |  |
| Educatore Prof.le/ Animatore | Formazione del caregiver e dell’ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo all’utilizzazione 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 |  |  |  |  |
| FKT | 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 |  |  |  |  |
| PSIC | 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 |  |  |  |  |
| Servizi extra-domiciliari | PSIC/ NEUROPSIC | Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone |  |  |  |  |
| FKT | Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone |  |  |  |  |
| PSIC | Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (810 persone) |  |  |  |  |
| Servizi semiresidenziali |  | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) |  |  |  |  |
| Altri servizi extra-domiciliari |  | Caffè Alzheimer  |  |  |  |  |
|  | Atelier Alzheimer  |  |  |  |  |
|  | Musei per l’Alzheimer |  |  |  |  |
| Servizi di trasporto |  | Trasporto utenti |  |  |  |  |

**A tal fine 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;

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale “Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia” 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 dichia- razione viene resa;

**SI 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)

* 1. *Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità*