**

*MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici.*

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER**

**L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI**

**PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'**

**POR Regione Toscana**

**FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020**

**Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà**

**Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di cont inuità assistenziale –buoni servizio per**

**sostegno alla domiciliarità”**

**Progetto Si Puo’ Ancora (S.P.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./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avente la seguente forma giuridica:

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

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare la/le “Tipologia/e d’intervento” che ci si candida ad erogare).**

**In caso di raggruppamento temporaneo specificare:**

 come mandatario

 come mandante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia** **di intervento** | **Operatori** | **Tipologia di prestazione** |
|   *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 |
|  |   *Serviziodi trasporto* |  |
|   *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 (8- 10 persone) |
|   *Serviziodi trasporto* |  |
|   *Servizi semi- residenziali* |   Centro Diurno | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)4 |
|   *Serviziodi trasporto* |  |
|   Caffè Alzheimer |   *Serviziodi trasporto* |  |
|   Atelier Alzheimer |   *Serviziodi trasporto* |  |
|   Musei per l’Alzheimer |   *Serviziodi trasporto* |  |

**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 e le prestazioni per le quali manifesta interesse per l’iscrizione nell’elenco, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010;
* (per gli operatori che si candidano per uno o più degli “Altri servizi extra domiciliari” ): di rispettare quanto disposto dalla LRT 82/2009 per gli “Altri servizi alla persona”, oltre alla Delibera regionale n. 224/2018 ;
* (per gli operatori che si candidano per i servizi extra domiciliari ) di rispettare quanto disposto dalla LRT 82/2009 per gli “Altri servizi alla persona”, oltre ai requisiti per l'AFA di cui alla normativa di settore ed alle disposizioni in materia;
* di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **“Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia” (Decreto regionale n. 11439/2019)** 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;
* di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all’art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;

**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.*

**ALLEGATO 2**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITÀ GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA**

**(ai sensi del DPR n. 445/00 artt. 46 e 47)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

legale rappresentante di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'articolo 76 del citato DPR 445/2000, sotto la propria responsabilità (sbarrare i riquadri che interessano e riempire i campi vuoti con i propri dati:

**Dichiara**

* di non trovarsi in stato di fallimento, di liquidazione, di cessazione di attività o di concordato preventivo e in qualsiasi altra situazione equivalente secondo la legislazione del proprio stato, ovvero di non avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni e che tali circostanze non si sono verificate nell'ultimo quinquennio,
* che non è stata pronunciata alcuna condanna, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrattare con la P.A.;
* di non avere procedimenti in corso ai sensi dell'art. 416/bis del codice penale;

*per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):*

|\_| di essere in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori, secondo la legislazione del proprio stato e di avere i seguenti dati di posizione assicurativa:

INPS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):*

|\_| di essere in regola con gli obblighi concernenti le dichiarazioni in materia di imposte e tasse e con i conseguenti adempimenti, secondo la legislazione del proprio stato;

*per le cooperative (contrassegnare se ricorre il caso):*

|\_| di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

(luogo e data) (firma del legale rappresentante)

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

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