



ALLEGATO A
ZONA DISTRETTO ELBA

PROGETTO P.A.C.E.

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale:

FONDO SOCIALE EUROPEO Programma Operativo Regionale 2014 – 2020 Asse B AZIONI DI SOSTEGNO INTEGRATE RIVOLTE ALLE FASCE PIU' DEBOLI DELLA POPOLAZIONE A SEGUITO DELL'EMERGENZA COVID 19.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____ e residente a _____ Via _____

Comune _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE di partecipare alla manifestazione di interesse in oggetto quale *(barrare il caso ricorrente)*:

a) professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale

b) soggetto economico erogatore

b-1) singolo soggetto economico erogatore

b-2) soggetto economico erogatore in costituita/costituenda ATS quale
soggetto capofila che è/sarà designato dall'ATS; *(in caso di costituenda ATS dovrà allegarsi
alla domanda la Dichiarazione di intenti, sottoscritta da tutti i partecipanti; in caso di ATS
costituita dovrà allegarsi alla domanda l'Atto costitutivo dell'ATS):*

in qualità di rappresentante legale di _____

con sede nel Comune di _____, Via _____

Tel. _____ indirizzo mail certificato _____

dopo aver preso visione dell'avviso meglio specificato in oggetto e di cui accetta integralmente le modalità di effettuazione e le indicazioni ivi riportate, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (ARTT. 48-76D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

– di essere interessato a essere inserito negli elenchi dei soggetti qualificati per l'erogazione dei servizi previsti dall'Avviso regionale di cui all'Avviso regionale in oggetto, che finanzia buoni servizio per

un intervento globale rivolto a persone in situazione di disagio socio-economico-anche temporaneo- presi in carico dai servizi territoriali competenti:

sono individuate di seguito le tipologie di interventi per le quali i soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie nella Zona Distretto e i professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale, potranno partecipare, anche per una soltanto di esse:

	Descrizione	Ambito Zona Elba
1	OSS/OSA/ADB/OTA e figure equivalenti	<input type="checkbox"/>
2	Psicologo	<input type="checkbox"/>
3	Educatore professionale e figure equivalenti	<input type="checkbox"/>
4	Infermiere	<input type="checkbox"/>
5	Fisioterapista	<input type="checkbox"/>

- di impegnarsi, pena l'esclusione, a fornire i servizi per le tipologie di interventi specificate nel presente avviso che sono state selezionate nella tabella di cui sopra;
- di essere in possesso delle adeguate coperture assicurative per lo svolgimento delle attività;
- di essere in possesso dei mezzi per svolgere l'attività domiciliare e che gli oneri relativi comprese le spese di carburante sono a suo carico;
- di accettare le modalità amministrative di presa in carico dell'assistito assegnato e di rendicontazione delle prestazioni;
- di accettare le modalità di collaborazione tecnica con l'unità di valutazione durante il periodo di presa in carico dell'assistito.

ALLEGATI ALLA PRESENTE:

- (per erogatori) titoli e attestati di formazione sulle attività oggetto dell'Avviso, per gli operatori da destinare al progetto;
- eventuale lettera di intenti per la costituzione di ATS;
- eventuale atto di costituzione di ATS;
- (per professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale) CV in cui sia evidente la formazione e/o dell'esperienza specifica nell'ambito delle attività oggetto dell'Avviso.
- Dichiarazione sostitutiva di notorietà (allegato B).

_____ li _____

In fede

(Timbro e firma)