



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

ALLEGATO 1

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 21776/2022) – Codice progetto 301850 - CUP I69G22000690006

Progetto S.CU.DO MUGELLO BIS

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' 2023

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

_____ () il ___ / ___ / ___ / C.F. _____

residente in _____ (cap _____) Via _____

n. _____

[*per le persone giuridiche*]

in qualità di legale rappresentante di _____

avente sede legale in _____ (cap _____)

_____)

Via _____ n. _____

C.F./P.IVA _____

_____ Tel. _____, e-mail _____

_____ PEC _____

forma _____ giuridica: _____ accreditamento _____

n _____ del _____ conseguito presso _____

referente per l'amministrazione: _____

[*per i singoli professionisti*]

In possesso del seguente titolo di studio _____

iscritto all' Albo professionale (ove previsto) _____

dal ___ / ___ / ___ con numero _____

P.IVA _____

_____ Tel. _____, e-mail _____

_____ PEC _____



Società della Salute del Mugello
 C.F. e P. IVA 05517830484
 Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032
 BORGO SAN LORENZO (FI)
 Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it
 posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

In caso di raggruppamento temporaneo specificare:

- come mandatario
 come mandante

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori economici per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare una o entrambe le AZIONI per le quali viene presentata la candidatura e la/le "Tipologia/e d'intervento" per la quale/per le quali è accreditato/abilitato):

AZIONE 1 " Servizio di continuità assistenziale ospedale-territorio "

Tipologia di intervento	di	Operatori	Tipologia di prestazione	
<input type="checkbox"/>	Servizi domiciliari professionali	<input type="checkbox"/>	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilizzazione, educazione <i>caregiver</i>
		<input type="checkbox"/>	Infermiere	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali) ; educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie; terapia endovenosa idratante.
		<input type="checkbox"/>	FKT	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del <i>caregiver</i> ; trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management
<input type="checkbox"/>	Servizi residenziali	<input type="checkbox"/>	RSA	Ricovero in RSA 20 gg. : cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.

AZIONE 2" Percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza "

Tipologia di intervento	di	Operatori	Tipologia di prestazione	
		<input type="checkbox"/>	OSA/OSS	Interventi di supporto e monitoraggio, attività di base di igiene, prevenzione cadute, informazione <i>caregiver</i> , presenza di supporto per permettere al <i>caregiver</i> la partecipazione ad interventi di



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

		supporto e/o formazione esterni al domicilio
<input type="checkbox"/> Servizi domiciliari professionali	<input type="checkbox"/> PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
	<input type="checkbox"/> PSIC	Intervento di psico educazione al <i>caregiver</i> , 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
	<input type="checkbox"/> Educatore Prof.le/ Animatore	Formazione del <i>caregiver</i> 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 <i>caregiver</i>
	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Servizi extra-domiciliari	<input type="checkbox"/> PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 2-8 persone
	<input type="checkbox"/> FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 2-10 persone
	<input type="checkbox"/> PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (2-10 persone)
<input type="checkbox"/> Servizi semi-residenziali	<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto	
	<input type="checkbox"/> Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)
	<input type="checkbox"/> Servizio	

Azienda USL Toscana Centro - Comuni Zona Socio-Sanitaria del Mugello

	<p align="center"> Società della Salute del Mugello C.F. e P. IVA 05517830484 Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORGO SAN LORENZO (FI) Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it </p>
---	---

	<i>di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> Caffè Alzheimer	<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto	
<input type="checkbox"/> Atelier Alzheimer	<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto	
<input type="checkbox"/> Musei per l'Alzheimer	<input type="checkbox"/> Servizio di trasporto	
<input type="checkbox"/> Servizi residenziali	<input type="checkbox"/> RSA modulo base <input type="checkbox"/> RSA modulo specialistico <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto	Ricovero di sollievo di 30 giorni

[*per le sole persone giuridiche*]

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:



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

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 DPGR n. 86/R del 11/08/2020 per la tipologia d'intervento per la quale si candidano;
- [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;
- [per le RSA che si candidano per i "servizi residenziali" dell'Azione 1] di assicurare i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Regolamento 2/R del 9 gennaio 2018 per il modulo specialistico Cure Intermedie ovvero per il modulo per disabilità di prevalente natura motoria;
- [per le RSA che si candidano per i "servizi residenziali" dell'Azione 2] di possedere i requisiti organizzativi e professionali previsti dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale 11 agosto 2020, n. 86 "Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82"

[per tutti gli operatori economici]



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse, l'Avviso regionale “Sostegno ai servizi di cura domiciliare- bis” (Decreto regionale n. 21776/2022), il format “Convenzione” e di accettare quanto in essi previsto;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR) come specificato nell'avviso e dichiara il pieno rispetto all'attuazione all'interno della propria organizzazione delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. Ue 2016/679;

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.

Il dichiarante allega la seguente documentazione:

- 1) Carta d'identità in corso di validità;
- 2) Statuto dell'associazione/ente;
- 3) Avviso pubblico e format “Convenzione” sottoscritti in ogni pagina per accettazione;
- 4) [per i raggruppamenti temporanei da costituire] “Impegno al conferimento di mandato collettivo speciale di rappresentanza” redatto secondo il modello allegato 3 al presente Avviso, sottoscritto da tutti i componenti del raggruppamento che s'intende costituire;
- 5)[per i raggruppamenti temporanei già costituiti] copia del mandato collettivo speciale con rappresentanza al mandatario;
- 6) Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico-economico-finanziaria
- 7) Modulo tracciabilità
- 8) Modulo recapiti

(luogo e data) _____

(firma del legale rappresentante/professionista)

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



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

ALLEGATO 2

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 21776/2022) – Codice progetto 301850 - CUP I69G22000690006

Progetto S.CU.DO MUGELLO BIS

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. _____

[per le persone giuridiche] 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;
- che non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, comma 2 lett. C del d.lgs. n. 231 del 08/06/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la pubblica amministrazione;
- di non essere sottoposto a sequestro o confisca ai sensi dell'articolo 12- sexies del decreto-legge 8 giugno 1992, n. 306, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 1992, n. 356, o della legge 31 maggio 1965, n. 575, ed affidato ad un custode o amministratore giudiziario o finanziario;



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

per le persone giuridiche

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 _____

Altro Istituto: _____;

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;

di essere in regola, ove tenuto, con gli obblighi di cui alla L. 68/99 in merito al diritto al lavoro dei disabili. L'ufficio competente è: _____, n. fax _____

(*per le cooperative*) di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

per i singoli professionisti

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

INPS _____ matricola _____ sede di _____

INAIL _____ matricola _____ sede di _____

Altro Istituto: _____;

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;

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante/professionista)

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



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGIO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

ALLEGATO 3

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 21776/2022) – Codice progetto 301850 - CUP I69G22000690006

Progetto S.CU.DO MUGELLO BIS

IMPEGNO AL CONFERIMENTO DI MANDATO COLLETTIVO SPECIALE CON RAPPRESENTANZA

Il/la
sottoscritto/a.....
.....nato/a
a.....(Prov.....
.....), il/...../....., residente a.....
(Prov.....), Via/Piazza n., nella sua qualità di
titolare/legale rappresentante/procuratore legale della impresa/società
....., con sede legale in
....., Via/P.zza
....., n....., C.F.
..... e P.I.
.....,

Il/la
sottoscritto/a.....
.....nato/a
a.....(Prov.....
.....), il/...../....., residente a.....
(Prov.....), Via/Piazza n., nella sua qualità di
titolare/legale rappresentante/procuratore legale della impresa/società/professionista
....., con sede legale in
....., Via/P.zza
....., n....., C.F.
..... e P.I.
.....,

SI IMPEGNANO

Azienda USL Toscana Centro - Comuni Zona Socio-Sanitaria del Mugello



Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032

BORGO SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: sds.mugello@uslcentro.toscana.it

posta elettronica certificata: sdsmugello@postacert.toscana.it

A conferire mandato o collettivo speciale con rappresentanza al sotto generalizzato operatore economico:

Impresa _____, C.F.: _____

Detta mandataria sottoscriverà il contratto in nome e per conto proprio e dei mandanti, provvederà per essi a fatturare i servizi e a produrre tutta la documentazione utile alla rendicontazione come previsto dall'avviso.

Luogo e data _____

FIRMA _____

FIRMA _____

N.B. Allegare copia dei documenti di riconoscimento dei sottoscrittori, in corso di validità.