Modello 3 *) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilita- zione professionale*

**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 continuità assistenziale – buoni servizio per** **sostegno alla domiciliarità”**

**Progetto CARD (Cure Appropriate per il Rientro al Domicilio)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_ /\_\_\_\_/\_\_\_\_/ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE per l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti interventi per il sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti di intervento che ci si candida a erogare)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *livello* | *descrizione interventi\** | *operatore* | *struttura intervento* | *SI* | *NO* |
| basso | Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri  vitali) | Infermiere | 5 accessi in 3 settimane |  |  |
| Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver | Fisioterapista | 5 accessi in 3 settimane |  |  |
| medio | Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice | Infermiere | 10 accessi in 3 settimane |  |  |
| Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management | Fisioterapista | 8 accessi in 3 settimane |  |  |

**a tal fine DICHIARA:**

* di essere in possesso del seguente titolo di studio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere iscritto all’albo professionale (ove previsto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ con numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

* di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” e di accettare quanto in essi previsto;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

**S'IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni 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.*