ALLEGATO A - AVVISO

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale – POR FSE 2014-2020, ASSE B - : "Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19".
Progetto S.P.E.S. "Sostegno alla Popolazione per l'Emergenza Sanitaria", approvato con Decreto Dirigenziale della Regione Toscana n. 21750 del 30.12.2020 - AZIONE 3: "Attività socio-assistenziale/socio-educativa a domicilio anche in ambiente Covid-19 positivo", importo complessivo € 327.928,23.

Premessa

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

- soggetti economici che erogano prestazioni socio-assistenziali e socio-educative a livello domiciliare
- professionisti sanitari e socio-sanitari (OSA/OSS, infermieri, fisioterapisti, psicologi ed educatori in possesso di abilitazione professionale)

così come indicato all'art. 4 del presente avviso, al fine di manifestare l'interesse ad essere iscritti nell'elenco di soggetti per l'erogazione delle suddette prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso Regionale "Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19" emanato dalla Regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà di cui al decreto dirigenziale della Regione Toscana n. 20130 del 09.12.2020

Art. 1
Oggetto della manifestazione d'interesse

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Versilia attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire una lista di soggetti qualificati per l'erogazione dei servizi previsti dall'Avviso regionale sopracitato.
L'Avviso regionale finanzia, tra l'altro, buoni servizio per un intervento globale rivolto a persone in situazione di disagio socio-economico, anche temporaneo presi in carico dai servizi territoriali competenti.
Il Buono Servizio in base alle specifiche necessità rilevate per singolo destinatario, sarà composto da interventi mirati al contenimento delle situazioni di crisi personale/familiare, che possono ingenerare un'esclusione dal sistema sociale e produttivo del territorio. Le misure si caratterizzano come attività socio-assistenziali e socio-educative a livello domiciliare, anche in ambiente COVID-19 positivo.

Art. 2
Destinatari dei Buoni Servizio

I destinatari dei buoni servizio sono persone in situazione di particolare disagio socio-economico – anche temporaneo – presi in carico dai servizi territoriali competenti, con particolare riferimento ai seguenti target:

a) persone/nuclei familiari con sensibile riduzione del reddito complessivo a causa della diminuzione dell'orario di lavoro e/o della chiusura della propria attività per le misure di contenimento della diffusione del Covid-19;
b) persone/nuclei familiari con componenti in cassa integrazione la cui liquidazione è differita nel tempo generando causa di mancata liquidità;
c) persone/nuclei familiari che in seguito all'emergenza Covid-19 non percepiscono alcuna entrata economica;
d) nuclei familiari che hanno subìto un decesso di un componente per causa Covid-19 che ha causato forte difficoltà al nucleo familiare;
e) nuclei familiari con necessità di sostegno socio-educativo per i figli minori causata o aggravata da Covid-19;
f) persone che si sono rivolte o sono state segnalate al servizio sociale territoriale, per problemi di tipo psicologico, comportamentale o relazionale, causati o aggravati da Covid-19;
g) destinatari previsti dalla DGR n. 402 del 30/3/2020 Fondo per l'integrazione dei canoni di locazione ex art. 11 della L. 431/98.

Tra i destinatari potranno essere ricompresi anche quelli degli interventi finanziati a valere sull'attività PAD del POR FSE 2014-20 B) 1.1.1 A), B)1.1.2.A) e B. 2.1.3 A) purché aventi caratteristiche coerenti con i punti sopra elencati.

Art. 3
Interventi finanziati tramite l'attribuzione di buoni servizio

I buoni servizio riguardano le seguenti tipologie di interventi, il cui costo, secondo quanto indicato nella seguente tabella è da considerarsi omnicomprensivo di tutti gli oneri (IVA inclusa)

Tipologia di servizio	**Figura professionale**	**Tipologia di prestazione (a titolo esemplificativo)**	**Standard prestazionali**	**Costo unitario ad accesso/operatore**
Assistenza Domiciliare Integrata Socio-	OSS/OSA	Igiene e cura della persona in base ai suoi livelli autonomia e/o dipendenza; Cambio e rifacimento del letto; Aiuto nella corretta assunzione dei pasti; Aiuto per una corretta mobilizzazione, deambulazione e utilizzo di	Accesso domiciliare di 1 operatore* **Durata accesso:** 1 ora **Numero accessi:**	€ 25,00

Sanitaria **Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD**		ausili secondo le indicazioni degli operatori sanitari competenti; Educazione sanitaria al care – giver /famiglia; Supporto ed assistenza alle persone nei comuni compiti della vita quotidiana, con l'obiettivo del mantenimento e del potenziamento delle funzioni residue; Supporto e tutoraggio alla famiglia Preparazione pasti; Cura dell'ambiente di vita, disbrigo piccole commissioni; Consegna pasti a domicilio; servizio lavanderia, accompagnamento e trasporto per piccole commissioni necessarie o urgenti;	secondo il piano individuale * In casi particolari, su espressa richiesta dei referenti ASL dell'utente, l'accesso potrà essere effettuato da 2 operatori.	
	Infermiere	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive; Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice.	Accesso domiciliare di 1 operatore **Durata accesso:** 1 ora **Numero accessi:** secondo il piano individuale	€ 35,00
	Fisioterapista	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver; Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Accesso domiciliare di 1 operatore **Durata accesso:** 1 ora	€ 35,00

			Numero accessi: secondo il piano individuale	
Servizi socioeducativi a domicilio	Psicologo	Supporto psicologico alla persona sola/nucleo familiare, anche per fronteggiare situazioni critiche nella fase di quarantena o malattia Covid-19	Accesso domiciliare di 1 operatore **Durata accesso:** 1 ora **Numero accessi:** secondo il piano individuale	€ 40,00
	Educatore Professionale o figure equivalenti	Supporto per nuclei familiari con necessita di sostegno socio-educativo, anche per i figli minori, causata o aggravata da Covid-19	Accesso domiciliare di 1 operatore **Durata accesso:** 1 ora **Numero accessi:** secondo il piano individuale	€ 30,00

Si precisa che il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo anche dei costi relativi al materiale per: DPI, medicazioni, ausili temporanei (bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo ecc.) ed altro materiale utilizzato dagli operatori che erogano le prestazioni.

Per ogni soggetto destinatario del buono servizio, preliminarmente, sarà predisposto un Piano individualizzato completo della lista dettagliata dei servizi che potranno in seguito essere attivati a mezzo del buono.
Per ogni soggetto assegnatario del buono servizio, il soggetto attuatore è tenuto a predisporre un Piano di spesa che prevede l'erogazione di servizi per un importo massimo di € 3.000.
I servizi domiciliari dovranno essere erogati secondo quanto previsto dal Piano Individualizzato con un'attivazione entro una settimana dalla firma del Piano di Spesa, salvo diverso accordo con il paziente o con il suo caregiver. L'intervento sul singolo destinatario/nucleo familiare dovrà concludersi nei tempi stabiliti dal Piano di Spesa e comunque entro e non oltre 6 mesi dall'attivazione.
Gli erogatori e professionisti sanitari e socio-sanitari, sono tenuti ad osservare le eventuali

indicazioni fornite dai servizi ed effettuare una specifica rendicontazione con le modalità che saranno comunicate dalla Zona Distretto Versilia al momento della sottoscrizione del Piano di Spesa.
Mensilmente il soggetto erogatore dovrà consegnare agli uffici amministrativi della Zona Distretto Versilia: la prevista modulistica utilizzata a domicilio ed il riepilogo degli accessi effettuati e controfirmati dal cittadino, al fine dell'autorizzazione al pagamento del servizio erogato.
Di seguito le figure che potranno essere messe a disposizione per le prestazioni domiciliari socio-assistenziali e socio-educative sul territorio della Zona Distretto Versilia:

1. OSA/OSS/OTA/ADB e figure equivalenti
2. Infermiere
3. Fisioterapista
4. Psicologo
5. Educatore Professionale

Art. 4
Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori che forniscono prestazioni domiciliari socio-asisistenziali e socioeducative che dispongono di esperienza provata nell'ambito degli interventi. È possibile la partecipazione di Associazioni Temporanee di Scopo (ATS) costituite o costituende;
2. liberi professionisti sanitari e socio-sanitari (OSA/OSS, infermieri, fisioterapisti, psicologi ed educatori in possesso di abilitazione professionale) iscritti all'albo, se previsto;
3. gli operatori che intendono iscriversi al redigendo Registro, devono fornire esperienza documentata del proprio personale nel settore dei servizi socio-assistenziali e socio-educativi.

<u>Agli operatori di cui al punto 1 del presente articolo è richiesto:</u>

- il possesso dell'accreditamento al momento della presentazione della domanda secondo il disposto della L.R. n. 82/2009 ss.mm.ii. e del successivo regolamento n. 29/R del 03.03.2010. Nel caso in cui partecipi alla presente manifestazione di interesse un'ATS costituita o costituenda il capofila dell'ATS dovrà risultare accreditato al momento della presentazione della domanda.

<u>Agli operatori di cui al punto 1 e ai liberi professionisti di cui al punto 2 del presente articolo è richiesto:</u>

- dichiarazione circa l'area di interesse per gli interventi previsti;
- capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso pubblico;
- adeguata disponibilità di mezzi e attrezzatura idonee all'erogazione delle prestazioni previste dal progetto;
- accettazione delle modalità amministrative di presa in carico dell'assistito assegnato e di

rendicontazione delle prestazioni;
- copertura assicurativa durante lo svolgimento delle attività.

I soggetti che intendono iscriversi al redigendo registro, si obbligano ad attivare le prestazioni su tutto il territorio della Zona Versilia. Qualora infatti, dovesse verificarsi una reiterata indisponibilità all'erogazione di servizi e prestazioni in particolari territori, la Zona Versilia potrà procedere anche alla cancellazione dal registro stesso, previo confronto con il soggetto interessato.
La Zona Distretto Versilia selezionerà i soggetti ritenuti idonei secondo i criteri specificati all'Art. 6 del presente Avviso di istruttoria pubblica. Tali soggetti saranno inclusi nell'apposito elenco dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà loro le prestazioni socio-assistenziali e socio-educative previste dai Piano individualizzato.
La Zona Versilia si riserva di integrare/modificare la manifestazione di interesse nel corso di validità del progetto, nel caso in cui, per uno o più pacchetti di prestazioni omogenee, non vi siano operatori in elenco o vi siano in numero insufficiente a coprire il fabbisogno.

Art. 5
Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

La manifestazione d'interesse al presente avviso dovrà essere redatta unicamente secondo i modelli allegati al presente avviso e di seguito specificati:
- **Modello 1:** da compilare a cura degli operatori economici accreditati;
- **Modello 2:** da compilare a cura dei liberi professionisti in possesso di abilitazione professionale;

La domanda dovrà pervenire **entro le ore 12:00 di giovedì 02/09/2021**, mediante **posta elettronica certificata** con oggetto **"Zona Versilia – PROGETTO S.P.E.S., manifestazione d'interesse per la costituzione di un elenco di operatori erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale: Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID-19"** da inviare all'indirizzo
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it
(la documentazione, debitamente sottoscritta, dovrà essere scannerizzata ed inviata come allegato in formato pdf).
La Zona Distretto Versilia si riserva la possibilità di riapertura dei termini di presentazione, nel caso in cui lo ritenga indispensabile.

Art. 6
Modalità e criteri di selezione degli operatori

La valutazione delle proposte di adesione pervenute sarà effettuata da una specifica Commissione Tecnica, composta da un medico, un assistente sociale e da un funzionario amministrativo, nominata dal Direttore della Zona Distretto Versilia. Tale commissione avrà il compito di valutare il possesso di competenza professionale ed esperienza nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati di cui all'artt. 3 e 4 del presente Avviso di istruttoria pubblica.

Art. 7
Responsabile del procedimento

Ai sensi dell'art. 8 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modifiche si comunica che il responsabile del procedimento è il Collaboratore Amministrativo Professionale Elena Dell'Amico. Per chiarimenti ed informazioni è possibile inviare una mail con oggetto "*Quesito Zona Versilia - manifestazione d'interesse per la costituzione di un elenco di operatori erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale: Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19*" al seguente indirizzo: elena.dellamico@uslnordovest.toscana.it

Art. 8
Informativa sulla privacy

Relativamente alle esigenze di tutela della privacy, si informa che:
a) il trattamento dei dati personali è finalizzato unicamente allo svolgimento della presente procedura di evidenza pubblica ed eventuale successivo rapporto contrattuale;
b) il trattamento sarà effettuato da soggetti appositamente incaricati, con l'utilizzo di procedure anche informatizzate;
c) il conferimento dei dati è necessario per la partecipazione alla procedura;
d) i dati stessi potranno essere comunicati ai soggetti preposti ai bandi di gara, ai rapporti contrattuali e alla verifica ispettiva sulla gestione del patrimonio pubblico, e a tali fine potranno essere diffusi;
e) gli interessati potranno avvalersi dei diritti riconosciuti dalla normativa ed in particolare il diritto di ottenere la conferma del trattamento dei propri dati personali e di chiederne l'aggiornamento o la rettifica, se erronei, rivolgendo la richiesta al responsabile del trattamento;
f) contestualmente alla stipula della convenzione per la realizzazione di quanto co-progettato si procederà alla sottoscrizione di un Atto Giuridico di definizione delle responsabilità nella materia della protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 28 paragrafo 3. del Regolamento Europeo sulla Privacy (n. 679 del 27/04/16 del parlamento Europeo e del Consiglio).

Il Direttore Zona Distretto Versilia
Dr. Alessandro Campani

ALLEGATO B – MODELLI DI DOMANDA

MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e socio- sanitarie

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI

Programma Operativo Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020
Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà
Ob. Spec. B.2.2 - Interventi emergenziali COVID 19 - Sostegno alle fasce più deboli della popolazione anche mediante aiuti alimentari - Attività PAD 2.2.2.a);
Avviso "Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19"

Istruttoria Pubblica/manifestazione di interesse - Progetto S.P.E.S. (Sostegno alla Popolazione per l'Emergenza Sanitaria)

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: _____
(inserire altri eventuali recapiti telefonici _____)

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per le Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19 (selezionare le tipologie di prestazioni che ci si candida ad erogare)

TIPOLOGIA D'INTERVENTO	OPERATORI	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	SI	NO
Assistenza	OSS/OSA	Igiene e cura della persona in base ai suoi livelli autonomia e/o dipendenza; Cambio e rifacimento del letto; Aiuto nella corretta assunzione dei pasti; Aiuto per una corretta mobilizzazione,		

Domiciliare Integrata Socio- Sanitaria **Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD**		deambulazione e utilizzo di ausili secondo le indicazioni degli operatori sanitari competenti; Educazione sanitaria al care – giver /famiglia; Supporto ed assistenza alle persone nei comuni compiti della vita quotidiana, con l'obiettivo del mantenimento e del potenziamento delle funzioni residue; Supporto e tutoraggio alla famiglia Preparazione pasti; Cura dell'ambiente di vita, disbrigo piccole commissioni; Consegna pasti a domicilio; servizio lavanderia, accompagnamento e trasporto per piccole commissioni necessarie o urgenti;		
	Infermiere	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive; Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice.		
	Fisioterapista	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver; Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management		
Servizi socioeducativi a domicilio	Psicologo	Supporto psicologico alla persona sola/nucleo familiare, anche per fronteggiare situazioni critiche		

		nella fase di quarantena o malattia Covid-19		
	Educatore Professionale o figure equivalenti	Supporto per nuclei familiari con necessita di sostegno socio-educativo, anche per i figli minori, causata o aggravata da Covid-19		

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:

· risorse (mezzi, attrezzature, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso

· risorse (mezzi, attrezzature, capitale) effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso.

· 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 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "*Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19*" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- di avere la capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso pubblico;
- di accettare le modalità amministrative di presa in carico dell'assistito assegnato e di rendicontazione delle prestazioni;
- di avere idonea copertura assicurativa durante lo svolgimento delle attività.

ALLEGA

- i curricula degli operatori che saranno impiegati nelle attività

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.

MODELLO 2) da compilare a cura dei liberi professionisti

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI

Programma Operativo Regione Toscana
FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020
Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà
Ob. Spec. B.2.2 - Interventi emergenziali COVID 19 - Sostegno alle fasce più deboli della popolazione anche mediante aiuti alimentari - Attività PAD 2.2.2.a);
Avviso "Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19"

Istruttoria Pubblica/manifestazione di interesse - Progetto S.P.E.S. (Sostegno alla Popolazione per l'Emergenza Sanitaria)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a_____(__) il ___ /___/____/
C.F./P.IVA_____ residente in _____ (cap _____)
Via_____ n.____
P.IVA_____Tel._____,
e-mail _____ PEC _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per le Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19 (selezionare le tipologie di prestazioni che ci si candida ad erogare)

TIPOLOGIA D'INTERVENTO	OPERATORI	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	SI	NO
Assistenza Domiciliare Integrata Socio- Sanitaria **Servizio di Assistenza Domiciliare - SAD**	OSS/OSA	Igiene e cura della persona in base ai suoi livelli autonomia e/o dipendenza; Cambio e rifacimento del letto; Aiuto nella corretta assunzione dei pasti; Aiuto per una corretta mobilizzazione, deambulazione e utilizzo di ausili secondo le indicazioni degli operatori sanitari competenti; Educazione sanitaria al care – giver /famiglia; Supporto ed assistenza alle persone nei comuni compiti della vita quotidiana, con l'obiettivo		

		del mantenimento e del potenziamento delle funzioni residue; Supporto e tutoraggio alla famiglia Preparazione pasti; Cura dell'ambiente di vita, disbrigo piccole commissioni; Consegna pasti a domicilio; servizio lavanderia, accompagnamento e trasporto per piccole commissioni necessarie o urgenti;		
	Infermiere	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive; Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice.		
	Fisioterapista	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver; Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management		
Servizi socioeducativi a domicilio	Psicologo	Supporto psicologico alla persona sola/nucleo familiare, anche per fronteggiare situazioni critiche nella fase di quarantena o malattia Covid-19		
	Educatore Professionale o figure equivalenti	Supporto per nuclei familiari con necessita di sostegno socio-educativo, anche per i figli minori, causata o aggravata da Covid-19		

e a tal fine DICHIARA

- di essere in possesso del seguente titolo di studio_____
- di essere iscritto all'albo/ordine professionale (ove previsto) _____ della provincia di _____ dal __/__/__ con numero_____

· può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

· risorse (mezzi, attrezzature, capitale) effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso.

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Azioni di sostegno rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell'emergenza COVID 19" e di accettare quanto in essi previsto;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/16 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- di avere la capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso pubblico;
- di accettare le modalità amministrative di presa in carico dell'assistito assegnato e di rendicontazione delle prestazioni;
- di avere idonea copertura assicurativa durante lo svolgimento delle attività;
- di non trovarsi in situazione di conflitto di interesse con l'Azienda USL Toscana Nord Ovest.

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione di stato ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data) (firma)

_____ _____

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

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI
DATA FIRMA: 09/08/2021 15:19:52
IMPRONTA: 3031303566663736366438613961323335343631353130663161653133313133323036393939613 4