

MODELLO 3) da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione 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: P.R.I.C.E. - Val di Cornia e Bassa Val di Cecina

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER** l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad 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 \_\_\_\_\_
- di avere una comprovata esperienza per l'erogazione dei servizi selezionati che il professionista si candida ad erogare

- |         |              |             |
|---------|--------------|-------------|
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |
| • _____ | dal __/__/__ | al __/__/__ |

- 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 "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 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.

(luogo e data)

(firma)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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