



ALLEGATO 1

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 11622/2021) – Codice progetto 290185: S.CU.DO MUGELLO

MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI ECONOMICI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI PER PROGETTO S.CU.DO MUGELLO

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 _____

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 | Operatori | Tipologia di prestazione |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Servizi domiciliari professionali</i> | <input type="checkbox"/> OSA/OSS | Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, 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 caregiver; 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 intervento | di | Operatori | Tipologia di prestazione |
|--|----|---|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Servizi domiciliari professionali</i> | | <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 supporto e/o formazione esterni al domicilio |
| | | <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"/> <i>Servizi extra-domiciliari</i> | | <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"/> <i>Servizio di trasporto</i> | |



| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servizi semi-residenziali | <input type="checkbox"/> Centro Di-urno | Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) |
| | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |
| <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 | Ricovero di sollievo di 30 giorni |
| | <input type="checkbox"/> RSA modulo specialistico | |
| | <input type="checkbox"/> Servizio di trasporto | |

[*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:



- 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]

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse, l'Avviso regionale “**Sostegno ai servizi di cura domiciliare**” (**Decreto regionale n. 11622/2021**), 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.



ALLEGATO 2

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 11622/2021) – Codice progetto 290185 - S.CU.DO MUGELLO

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;

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.



ALLEGATO 3

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 11622/2021) – Codice progetto 290185 - S.CU.DO MUGELLO

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

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.



Regione Toscana



Luogo e data _____

FIRMA _____

FIRMA _____

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



ALLEGATO 4

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 11622/2021) – Codice progetto 290185- Progetto S.CU.DO MUGELLO

**FORMAT CONVENZIONE
Per la realizzazione del progetto
“S.CU.DO. MUGELLO”cod. Progetto 290185**

Premesso che

con il decreto dirigenziale 18 giugno 2021 n. 11622, la Regione Toscana ha emesso l'Avviso pubblico per il finanziamento dei progetti relativi a “*Sostegno ai servizi di cura domiciliare*”;

con il decreto dirigenziale n. 15118 del 16/08/2021, la Regione Toscana ha approvato l'elenco dei progetti ammessi al finanziamento, tra cui il progetto presentato dalla Società della Salute del Mugello e denominato “*S.CU.DO. MUGELLO*”- Codice progetto **290185**;

il suddetto progetto prevede, in ottemperanza a quanto previsto dall'Avviso Regionale:

α) relativamente all'azione 1 il finanziamento di Servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio tramite l'erogazione di buoni servizio finalizzati a favorire l'accesso a servizi e prestazioni di carattere socio-sanitario di sostegno e supporto alle persone dimesse da strutture ospedaliere a seguito di cure determinate dall'emergenza sanitaria Covid-19, alle persone anziane con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza o a disabili gravi e alle loro famiglie, per garantire una piena possibilità di rientro presso il domicilio e all'interno del proprio contesto di vita, anche attraverso l'utilizzazione di cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito;

β) relativamente all'azione 2 il finanziamento di percorsi per la cura ed il sostegno familiare di persone affette da demenza al fine di favorire l'accesso a servizi anche innovativi di carattere socio-assistenziale di sostegno e supporto alle persone con diagnosi di demenza e alle loro famiglie, per garantire una reale possibilità di permanenza presso il proprio domicilio e all'interno del proprio contesto di vita, oppure anche attraverso l'utilizzazione di ricoveri di sollievo presso RSA;

con il provvedimento del Direttore la Società della Salute del Mugello n. 87 del 30/09/2021 ha approvato l'Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione, per ciascuna delle due Azioni dell'Avviso regionale, di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dalle suddette Azioni;

con il provvedimento del Direttore n. 87 del 30/09/2021 la Società della Salute del Mugello ha approvato, per ciascuna delle due Azioni, il primo elenco di operatori economici per la scelta da parte dei beneficiari dei buoni servizio del soggetto a cui attribuire le prestazioni da erogare sulla base del Piano di spesa sottoscritto dal beneficiario medesimo;



nell'Avviso della SdS è previsto che, durante la vigenza del Progetto, i due elenchi di operatori economici saranno aggiornati ogni qual volta giungano nuove candidature, purché in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso medesimo. In detta occasione – e comunque periodicamente - si provvederà anche a modificare la posizione in elenco di ciascun operatore, al fine di garantire a ciascuno la medesima visibilità;

TRA

La Società della Salute del Mugello (C.F.e P.I.:05517830484) con sede in Via Palmiro Togliatti n.29, 50032 Borgo San Lorenzo, per il tramite del suo Direttore Dr. di Michele Mezzacappa, nato a Campobasso il 16/2/1962, e domiciliato per la carica presso la sede dell'Ente, in qualità di soggetto attuatore del progetto "S.CU.DO. MUGELLO" - Codice progetto **290185** - CUP I59J21006660002

E

e il Dott., C.F., nato il a (FI) e residente a(FI) in Via n.
[se persona giuridica] in qualità di rappresentante legale di,
C.F./PIVAcon sede legale inVia.....n....., compreso nell'elenco di cui in premessa, d'ora in poi denominato Operatore economico;

Tutto ciò premesso, visto e considerato quanto sopra

si conviene quanto segue

Art. 1 - Attribuzione dei buoni servizio

La Società della Salute del Mugello attribuisce all'operatore economico sopra individuato, previa scelta da parte dei beneficiari dei buoni servizio, i pacchetti di prestazioni a sostegno della domiciliarità di cui ai piani di spesa allegati a detti buoni.

Tra la Società della Salute del Mugello e l'operatore è escluso ogni vincolo di subordinazione.

Il Provider, al primo ricevimento via mail o via PEC del Buono servizio firmato, deve immediatamente attivarsi per la sua tempestiva e corretta esecuzione. Nel caso la trasmissione del Buono sia avvenuta tramite mail, seguirà successivamente PEC di ratifica da parte della Società della Salute.

Gli operatori presenti negli elenchi della SdS Mugello possono essere scelti anche da persone residenti in altre Zone-distretto. In tale ipotesi la stesura e la sottoscrizione del Piano di spesa,



nonché di tutti gli altri obblighi legati alla verifica e all'erogazione del Buono servizio rientrano nella responsabilità della Zona-distretto di residenza.

Art. 2 - Obblighi del Provider

2-1) Il Provider si impegna:

- a) ad attivarsi immediatamente, al ricevimento via mail o via PEC del Buono servizio firmato, per la tempestiva e corretta esecuzione del medesimo. Deve, quindi, rispettare la tempistica indicata nel buono ed erogare correttamente le prestazioni in esso contenute.

Per l'Azione 1, in particolare:

- a1) deve eseguire il primo accesso entro 48 ore dal ricevimento della prima mail o PEC di trasmissione del Buono servizio firmato, anche qualora cada in un giorno prefestivo o festivo.
- a2) deve garantire, ove prevista dal Buono servizio/Piano individualizzato, l'erogazione in giorni solari consecutivi, compresi quindi i giorni festivi e prefestivi.
- a3) deve garantire un servizio di coordinamento e reperibilità anche nei giorni festivi e prefestivi, al fine di un tempestivo avvio del servizio;
- b) ad erogare le prestazioni indicate nel Buono servizio nel rispetto della normativa vigente sotto ogni profilo, socio-sanitario, assicurativo, fiscale e previdenziale;
- c) ad accettare la rimodulazione del Buono servizio laddove, nel corso di validità dello stesso, si renda necessaria una modifica. Tale variazione verrà formalizzata tramite addendum all'esistente buono controfirmato dal beneficiario.
- d) a garantire che, qualora sia impossibilitato ad eseguire direttamente una o più prestazioni di cui all'incarico, dovrà comunque assicurarne l'esecuzione. A tale scopo potrà avvalersi – previa comunicazione preventiva scritta all'Ente attuatore - di un altro operatore/professionista presente nell'elenco approvato dalla Società della Salute. In caso di avvalimento, il contratto continua comunque ad intercorrere tra Società della Salute ed operatore sottoscrittore del medesimo, unico soggetto legittimato a fatturare per il pacchetto erogato.
- e) ad assicurare la rilevazione informatica dei servizi effettuati tramite registrazione di inizio/termine della prestazione di ciascun operatore ed il successivo trasferimento mensile dei dati alla S.d.S. Mugello, tramite apposita modulistica in formato elettronico. In particolare il gestore dovrà comunicare all'ufficio amministrativo della SdS il nominativo del referente individuato per detta rilevazione. Tramite il referente individuato il Provider dovrà:
- verificare la corretta rilevazione degli accessi;
 - entro i primi 10 giorni di ciascun mese, trasmettere all'ufficio amministrativo della SdS, per la convalida, rendiconto sottoscritto delle ore di servizio effettuate nel mese precedente, insieme alla time card degli operatori di ciascun intervento, controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio.
 - il rendiconto mensile convalidato sarà il riferimento per la fatturazione.
- f) ad assicurare l'aggiornamento del D.V.R. e del Protocollo anti contagio secondo la normativa nazionale e regionale vigente in materia.
- g) a provvedere alla formazione degli operatori su precauzioni e procedure di prevenzione anti contagio secondo la normativa nazionale e regionale vigente in materia.



- h) a garantire ai propri operatori la dotazione di idonei DPI specifici per la prevenzione dal contagio. Analogamente, il libero professionista dovrà essere dotato di idonei DPI;
- i) a comunicare per iscritto in tempo reale all'ACOT ogni circostanza ostativa alla regolare esecuzione delle prestazioni, attendendo dalla medesima le relative indicazioni;
- l) a rivolgere per iscritto in tempo reale all'ACOT ogni richiesta ricevuta dall'utente diretta a modificare quanto previsto dal Piano individualizzato/Buono servizio, attendendo dalla medesima le relative indicazioni;
- m) a segnalare prontamente all'ACOT, anche al fine di poterne tener conto nell'ambito dei controlli effettuati sull'esecuzione e sulla fatturazione degli interventi stessi, gli interventi non effettuati a causa dell'assenza dell'utente non preavvertita in tempo utile o del rifiuto da parte dell'utente stesso.
- n) ad inserire nell'OGGETTO di tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto la dizione “**FSC S.CU.DO. MUGELLO – Azione n. (specificando se azione 1 o azione 2), Nome e Cognome utente.**”
- o) ad osservare gli obblighi a tutela dei lavoratori e della sicurezza ai sensi del d.lgs. 81/08.

2.2 RSA

- a) Gli obblighi di cui al punto 2.1. valgono altresì per le RSA in quanto compatibili
- b) le **RSA**, in caso di disponibilità di posti letto, sono tenute ad erogare le prestazioni richieste.

Art. 3 - Rendicontazione da parte del Provider

Il Provider che ha erogato le prestazioni sulla base di quanto indicato nel piano di spesa e nella lettera di conferimento di incarico deve far pervenire alla Società della Salute del Mugello documentazione giustificativa:

- a) fatturazione elettronica con le modalità previste dalla legislazione vigente;

Le fatture devono riportare:

- codice CUP di progetto **I59J21006660002**
- il codice del progetto FSC **290185**;
- Azione di riferimento (Azione 1 o Azione 2)
- i dati anagrafici relativi al destinatario delle prestazioni;
- il dettaglio delle prestazioni erogate, specificando il costo per ogni singola prestazione, così come stabilito nel piano di spesa;

I costi relativi ai pacchetti di prestazioni si intendono inclusi l'IVA (se dovuta).

- b) time card degli operatori con indicazione degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio. Si precisa che le time card dovranno essere consegnate anche in originale al soggetto attuatore.

Le time card non occorrono per i pacchetti “Cure intermedie temporanee presso RSA” né per i pacchetti "Ricovero di sollievo di max 30 giorni in RSA".

La documentazione di cui sopra dovrà essere prodotta per ogni buono servizio realizzato.



Gli operatori economici/professionisti che hanno erogato i servizi in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono osservare, nel rispetto della legislazione vigente, le seguenti modalità di fatturazione:

Azione 1 : un'unica fattura elettronica per tutti i buoni servizio eseguiti e conclusi nel bimestre precedente;

Azione 2 : un'unica fattura elettronica per utente, al termine di ciascun buono servizio.

Nel caso di ricovero di sollievo in RSA: un'unica fattura elettronica per tutti i buoni servizio eseguiti e conclusi nel bimestre precedente.

Per quanto ai punti precedenti si riportano i dati della Società della Salute del Mugello per l'invio della documentazione:

Società della Salute del Mugello – Via Togliatti n. 29 – 50032 Borgo San Lorenzo - Codice Fiscale 05517830484) Codice Univoco da indicare nel flusso di fatturazione elettronica IPA: **UFT7VY** - Codice Progetto **290185** - CUP **I59J21006660002**

L'operatore economico dovrà dichiarare nella fattura se soggetto a split payment o la soggezione ad altra tipologia di regime fiscale.

Le prestazioni eseguite nel bimestre dicembre 2021- gennaio 2022 dovranno essere dettagliate separatamente all'atto della emissione della fattura, distinguendo le prestazioni eseguite nell'anno 2021 da quelle eseguite nel 2022.

La Società della Salute del Mugello verifica la correttezza e coerenza dei documenti e l'effettiva erogazione delle prestazioni e prima del pagamento della fattura verificherà la regolarità contributiva e fiscale dell'operatore economico.

Art. 4 - Impossibilità all'erogazione delle prestazioni

L'operatore economico che si assume l'impegno di erogare un pacchetto di prestazioni, non può rinunciare in corso d'opera alla sua effettuazione, salvo che si trovi costretto a interromperla per cause indipendenti dalla sua volontà, nel qual caso è tenuto a darne tempestiva comunicazione scritta alla Società della Salute del Mugello e ha diritto al pagamento delle prestazioni effettivamente erogate.

Art. 5 - Verifiche da parte della Società della Salute del Mugello

La Società della Salute del Mugello verifica che l'erogazione delle prestazioni fornite dall'operatore sia coerente con i contenuti e le modalità di attuazione del progetto "S.CU.DO. MUGELLO" e nel pieno rispetto dell'avviso regionale di riferimento e della normativa regionale, nazionale e comunitaria vigente in materia.

Art. 6 - Recesso dalla convenzione

E' possibile recedere dalla presente convenzione con un preavviso di almeno 21 giorni. Gli interventi attivati devono comunque concludersi.

La cancellazione dall'elenco degli operatori economici e professionisti avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.



Art. 7- Sanzioni e risoluzione del contratto

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, così come la mancata osservanza degli altri obblighi previsti dalla presente convenzione, comporta l'applicazione di penali.

L'Ente attuatore procede tempestivamente alla contestazione dell'addebito per iscritto .

L'erogatore può far pervenire le proprie controdeduzioni alla SdS entro il termine perentorio di 10 (dieci) giorni naturali e consecutivi dalla contestazione; decorso infruttuosamente detto termine, la penale può essere applicata.

La penale può essere applicata anche qualora le giustificazioni fornite nel termine perentorio di cui sopra non siano ritenute adeguate.

L'applicazione di tre penalità – nell'ambito della medesima Azione - costituisce sempre grave negligenza contrattuale e genera il diritto dell'Ente attuatore di procedere alla eventuale cancellazione dell'operatore dall'elenco dei soggetti accreditati approvato per l'Azione di cui trattasi.

Non possono essere applicate penali in misura complessivamente superiore al 10 per cento dell'importo del piano di spesa. La singola penale è comminata come segue:

a) la penale, per evento diverso dal ritardo nell'adempire, è determinata dall'organo di amministrazione dell'Ente nella misura pari al 3 per cento del valore del piano di spesa cui si riferisce l'evento;

b) la penale per ritardo è determinata in misura giornaliera dello 0,5 per cento del valore del piano di spesa netto contrattuale.

Le penali saranno, a discrezione dell'Ente, contabilizzate e portate in detrazione all'atto del pagamento o a mezzo emissione di fattura.

L'irrogazione della penale non esonera in alcun caso l'operatore dall'obbligo di adempiere l'obbligazione violata, ove l'adempimento sia ancora utile.

Per ciascuna delle due Azioni, l'interruzione nell'erogazione dei pacchetti di prestazioni per cause diverse da quelle di cui all'art. 4 può comportare la cancellazione dell'operatore economico dall'elenco dei soggetti accreditati approvato dalla Società della Salute per l'Azione di riferimento.

Analoga sanzione può essere applicata in caso di mancata attivazione dei pacchetti di prestazioni previste dal Buono servizio nei tempi indicati.

Art. 8 - Pagamenti

Il pagamento viene effettuato entro 60 giorni dalla data di ricevimento della fattura nei limiti della disponibilità dei fondi assegnati a ciascuna delle due Azioni ed erogati dalla Regione Toscana per il finanziamento complessivo del progetto "S.CU.DO. MUGELLO".

Art. 9 - Durata

La presente convenzione ha una durata di 18 mesi dalla data di avvio del progetto FSC in oggetto, iniziato alla data di stipula della convenzione della SdS Mugello con la Regione Toscana, salvo eccezioni comunque autorizzate dall'Amministrazione Regionale e salvo richiesta di proroga da parte dell'Ente attuatore.



Art. 10 - Domicilio e comunicazioni

Per tutte le comunicazioni e/o notificazioni previste dalla presente convenzione o che comunque si rendessero necessarie in connessione con la medesima, sia in sede amministrativa che in sede contenziosa, la Società della Salute del Mugello elegge domicilio presso la sede legale.

Tutte le comunicazioni inerenti la presente convenzione dovranno avvenire via PEC all'indirizzo sdsmugello@legalmail.it.

In tutte le comunicazioni di cui al presente Progetto deve essere inserita nell'OGGETTO la dizione "**FSC – Azione n. (specificando se azione 1 o azione 2) e -** qualora sia relativa ad un Buono servizio anche - **il Nome e Cognome dell' utente.**"

Art 11 – Tutela della privacy dell'operatore economico

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE/679/2016, i dati personali del Provider raccolti dalla Società della Salute del Mugello per le finalità della presente convenzione saranno trattati, anche in modalità informatizzata, in modo lecito, corretto e trasparente e ai soli fini della presente convenzione e per il tempo strettamente necessario per la conclusione del procedimento di cui si tratta.

Tali dati saranno raccolti, conservati e archiviati con le modalità previste dalla normativa in merito.

E' riconosciuto il diritto di accedere ai propri dati personali per ottenerne la rettifica, la limitazione o la cancellazione, se incompleti o erronei o raccolti per fini diversi da quelli della presente convenzione in violazione della normativa in materia.

Nelle fattispecie sopra indicate ciascun soggetto interessato ha il diritto di opporsi legittimamente, inviando apposita e-mail al Responsabile della protezione dei dati.

A tal proposito si precisa che:

1. i Contitolari del trattamento dati, in forza di specifica convenzione, sono la Società della Salute del Mugello e l'Azienda USL Toscana Centro ;
2. ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE/679/2016, il Responsabile per la protezione dei dati per la Società della Salute del Mugello e l'Azienda USL Toscana Centro è l'Avv. Michele Morriello con studio in Viale Gramsci, 23, 50122, Firenze, al quale è possibile inviare richieste per far valere i propri diritti in materia di privacy all'indirizzo mail sds@dpo-rpd.eu.

Art. 12 - Tutela della privacy del beneficiario del buono servizio

I dati personali dei destinatari dei buoni servizio, compresi quelli sensibili indicati all'art. 9 del Regolamento UE/679/2016, saranno trattati dai Provider con i quali la SdS si convenziona, individuati, con nomina congiunta da parte dei Contitolari – SdS Mugello e AUSL Toscana Centro - quali Responsabili esterni del trattamento dati ai sensi dell'art. 28 del Reg.UE 2016/679.

Ai destinatari dei buoni servizio è sempre riconosciuto il diritto di accedere ai propri dati personali per ottenerne la rettifica, la limitazione o la cancellazione, se incompleti o erronei o raccolti per fini diversi da quelli della presente convenzione in violazione della normativa in materia di privacy.

Art. 13 – Rinvio alla normativa



Per tutto quanto non espressamente previsto nella presente convenzione si fa riferimento alla vigente normativa comunitaria, nazionale e regionale, nonché a quanto previsto nell'Avviso pubblicato con provvedimento del Direttore della Società della Salute del Mugello n.del..... .

Art. 14 - Esenzione di imposta

La presente convenzione è esente da qualsiasi tipo di imposta o tassa ai sensi della legge 21 dicembre 1978, n. 845.

Art. 15 - Foro competente

Per ogni controversia che dovesse insorgere con riferimento alla presente convenzione è competente il Foro di Firenze.

Letto, approvato e sottoscritto.

Borgo San Lorenzo li _____

Per l'operatore economico

Per il l'Ente attuatore
Direttore della Società della Salute del Mugello

_____ -



All. 5

POR Regione Toscana - FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020 “Sostegno ai servizi di cura domiciliare” (Decreto regionale n. 11622/2021) – Codice progetto 290185- Progetto S.CU.DO MUGELLO

COMUNICAZIONE DATI CONTO CORRENTE DEDICATO CONTRATTI PUBBLICI
OBBLIGHI TRACCIABILITA' MOVIMENTI FINANZIARI (Legge n. 136/2010 e ss.mm.)

**Al Direttore della SdS Mugello
Via Palmiro Togliatti 29
50032 Borgo San Lorenzo Fi**

La _____ (ragione sociale) con

sede

via/piazza _____ n. _____ Città _____

CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

avente la seguente forma giuridica: onlus associazione volontariato altro (specificare)

Legale Rappresentante (Cognome, nome) _____

CODICE FISCALE _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del citato D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi previste, con riferimento a tutti i rapporti contrattuali in essere con Codesto Consorzio

ASSUME

1. Tutti gli obblighi di tracciabilità dei movimenti finanziari di cui all'art. 3, L. n. 136/2010 e si obbliga a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio del Governo della Provincia di Firenze della notizia dell'inadempimento della eventuale controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità

COMUNICA

1. Gli estremi del conto corrente dedicato (*anche in via non esclusiva*) alla gestione dei movimenti finanziari relativi ai rapporti di appalto/concessione/acquisto con la SdS, in essere presso l'Istituto di credito

_____ AG. n. _____ Città _____ Indirizzo _____

2. codice IBAN: _____



Codici di riscontro: ABI _____ CAB _____ CIN _____

3. I dati dell'intestatario del conto corrente (nome/ragione sociale completa, sede legale e/o dell'unità produttiva che gestisce l'appalto/concessione/convenzione/acquisto, Codice Fiscale/Partita IVA):

4. I dati identificativi dei soggetti (*persone fisiche*) che sono delegati ad operare sul conto corrente dedicato:

1. Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri);

2. Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri);

3. Sig. _____, nato il _____ a _____, Cod. Fisc. _____, operante in qualità di _____ (specificare ruolo e poteri).

DICHIARA

Di essere soggetto a DURC oppure non essere soggetto

DICHIARA

Di essere a conoscenza che il mancato utilizzo del bonifico determina la risoluzione di diritto del contratto.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, dalla Società della Salute di Firenze quale Titolare del trattamento, anche con strumenti informatici, per



le finalità legate agli adempimenti amministrativi, contabili e fiscali necessari per il procedimento di liquidazione dei compensi.

La..... (Ditta, altro...) si obbliga inoltre, a dare tempestiva comunicazione al Direttore della Società della Salute del Mugello di ogni variazione relativa ai dati di cui sopra.

Data _____

Il legale rappresentante

(timbro e firma)

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 455/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del Dipendente addetto alla ricezione, ovvero, sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del dichiarante, all'ufficio competente via FAX 0558451444, email (sds.mugello@uslcentro.toscana.it), PEC (sdsmugello@legalmail.it).



ALL. 6

Progetto FSC Progetto “Sostegno ai servizi di cura domiciliare – S.CU.DO. MUGELLO”

Modulo recapiti AZIONE 1

Per Utenti

NOME OPERATORE ECONOMICO:

RECAPITO TELEFONICO DI REPERIBILITA' PER UTENTI:

ORARI DI REPERIBILITA' DEL RECAPITO TELEFONICO (la reperibilità deve includere anche i giorni festivi e prefestivi):

Per comunicazioni interne con SdS Mugello

RIFERIMENTO COORDINATORE OPERATIVO DEL PROGETTO

1. TELEFONO:
2. EMAIL:

RIFERIMENTO COORDINATORE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO

3. TELEFONO:
4. EMAIL:

PEC INVIO INCARICHI:

Il sottoscritto, letto l'articolo 16 dell'Avviso, **AUTORIZZA** i Contitolari del trattamento dati ad utilizzare i propri recapiti per contatti inerenti lo svolgimento del Progetto e a condividerli con gli altri Operatori economici presenti negli elenchi dei Provider eligibili da parte degli utenti ai fini di un eventuale avalimento.

Firma operatore economico



Modulo recapiti AZIONE 2

Per Utenti

NOME OPERATORE ECONOMICO:

RECAPITO TELEFONICO DI REPERIBILITA' PER UTENTI:

ORARI DI REPERIBILITA' DEL RECAPITO TELEFONICO (la reperibilità deve includere anche i giorni festivi e prefestivi):

Per comunicazioni interne con SdS Mugello

RIFERIMENTO COORDINATORE OPERATIVO DEL PROGETTO

5. TELEFONO:
6. EMAIL:

RIFERIMENTO COORDINATORE AMMINISTRATIVO DEL PROGETTO

7. TELEFONO:
8. EMAIL:

PEC INVIO INCARICHI:

Il sottoscritto, letto l'articolo 16 dell'Avviso, **AUTORIZZA** i Contitolari del trattamento dati ad utilizzare i propri recapiti per contatti inerenti lo svolgimento del Progetto e a condividerli con gli altri Operatori economici presenti negli elenchi dei Provider eligibili da parte degli utenti ai fini di un eventuale avalimento.

Firma operatore economico
