



## Società della Salute del Mugello

C.F. e P. IVA 05517830484

Via Palmiro Togliatti, 29 - 50032 BORG SAN LORENZO (FI)

Tel. 0558451430 – Fax 0558451414 - e-mail: [sds.mugello@asf.toscana.it](mailto:sds.mugello@asf.toscana.it)

posta elettronica certificata: [sdsmugello@legalmail.it](mailto:sdsmugello@legalmail.it)

### PROVVEDIMENTO DEL DIRETTORE

N. 118 DEL 01/12/2017

**Oggetto:** Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazioni di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni relative ai buoni servizio previsti dal progetto 'AVEC MU-Accompagnati Verso Casa Mugello' (Codice Progetto 168234) di cui all'Avviso regionale 'Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale-buoni servizio alla domiciliarità' (DD RT n. 12305/2016), ammesso a finanziamento con DD Regionale n. 12511/29.08.2017.

**Immediatamente eseguibile**

#### PUBBLICAZIONE

Il presente provvedimento viene Pubblicato all'Albo Pretorio on line per 15 gg. consecutivi.

Pubblicato a norma di legge

il 04/12/2017

fino al 19/12/2017

f.to **LA SEGRETERIA**

f.to **LA SEGRETERIA**

da partecipare a:

- Enti aderenti
- Collegio Sindacale
- Soggetti aderenti Comitato di Partecipazione e Consulta Terzo Settore
- RSA della zona
- Responsabile Sanitario e referenti ACOT Mugello Dr. S. Massai, Dott.ssa S. Faini e M. Marretti

**Allegati: 5**

Proponente: Ufficio Alta Integrazione e servizi socio-assistenziali  
f.to la Responsabile Dr.ssa Elisabetta Boni

Parere di regolarità contabile e ai sensi dell'art. 49 c. 1 e 147 bis comma 1 e Visto attestante la copertura finanziaria ai sensi dell'art. 147 bis del D. Lgs. n. 267/2000 e smi  
f.to il Responsabile Ufficio Bilancio e programmazione economica Paolo Goni

Costo presunto esercizio 2017:

L'anno 2017 il giorno 01 del mese di dicembre. il sottoscritto Dott. Massimo Braganti, nella sua qualità di Direttore della Società della Salute Mugello, nominato con decreto del Presidente S.d.S. Mugello n. 1 del 01.07.2015 con decorrenza dal 1° luglio 2015,

**VISTA** la L.R.T. n. 40/2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e s.m.i., che agli artt. 71 e seguenti istituisce le Società della Salute quali enti per l’integrazione delle attività sanitarie, socio-sanitarie territoriali e socio-assistenziali;

**DATO ATTO** che nella seduta assembleare di questa S.d.S. del giorno 23.12.2009, alla presenza dei rappresentanti degli Enti aderenti al Consorzio, il notaio incaricato ha proceduto con atto pubblico al rogito della modifica della Convenzione costitutiva (registrata con rogito notarile il 23.12.2009 – reg. n. 12037 del 30.12.2009) e dello Statuto di questo Consorzio successivamente alla visione degli atti già approvati da tutti i Consigli comunali e dal Direttore Generale dell’Azienda USL 10 di Firenze;

**CONSIDERATO** che con la deliberazione dell’Assemblea n. 26 del 29.12.2014 il Consorzio ha manifestato la volontà di continuare la gestione unitaria dell’intero complesso di funzioni sociali e socio-sanitarie affidate dai soci ai sensi della Convenzione sopra citata trasmettendo, con deliberazione dell’Assemblea n. 3 del 30.03.2015, tutta la documentazione che attesta l’esistenza dei requisiti previsti dall’art. 71 *novies decies* della LRT n. 40/2005 e smi;

**VISTO** il Regolamento di organizzazione di questa S.d.S. che prevede che la Struttura/Ufficio proponente sia anche il responsabile del procedimento istruttorio ai sensi della L. n 241/1990 e smi e che lo stesso sottoscriva gli atti del Direttore in caso sua assenza o impedimento;

**DATO ATTO** che non sono stati segnalati dai responsabili del presente atto, conflitti di interesse ai sensi dell’art. 6 bis della L. 241/1990 come modificato dalla L. 190/2012.

**VISTE:**

- la delibera della Giunta Regionale Toscana n. 679 del 12.07.2016, che ha definito i compiti dell’Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (istituita con DGR n. 1010/2008), e ha identificato la stessa quale struttura attraverso cui le Zone Distretto assicurano i flussi in uscita dall’Ospedale al territorio, garantendo la presa in carico in continuità assistenziale;
- la delibera della Giunta Regionale Toscana n. 905 del 13.09.2016, che ha approvato gli elementi essenziali per l’adozione di un avviso pubblico attuativo dell’attività PAD B.2.1.3.A) finalizzato al potenziamento dei servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio, e al finanziamento di buoni servizio per il sostegno alla domiciliarità;

**PRESO ATTO:**

- che la Regione Toscana, con Decreto Dirigenziale n. 12305 del 16/11/2016 ha approvato l’Avviso pubblico per il finanziamento di progetti relativi al “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità” a valere sul POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà;
- che questa SdS ha provveduto ad inviare a Regione Toscana, entro il termine di scadenza del 30/12/2016, ed in risposta al suddetto Avviso, il Progetto denominato ‘AVEC -MU Accompagnati verso casa Zona Mugello’ (da ora in avanti ‘AVEC MU’);
- che la Regione Toscana, con Decreto n. 12511 del 29 agosto 2017, ha approvato le graduatorie dei progetti presentati a valere sul POR ICO FSE 2014-2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà- Avviso pubblico ‘Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità’, ammettendo a contributo il progetto ‘AVEC MU’, per un importo di € 143.073,00;
- che in data 14 novembre u.s. è stata sottoscritta la Convenzione fra questa SdS e la Regione Toscana, per la realizzazione del progetto più volte richiamato, identificato con il Codice Progetto n. 168234;
- che la Società della Salute Mugello, in qualità di soggetto attuatore del progetto ‘AVEC-MU’, è tenuta ad avviare una procedura di evidenza pubblica per la selezione degli operatori economici per l’erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, secondo quanto indicato nell’articolo 8 dell’Avviso pubblico “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità”;

**CONSIDERATO INOLTRE:**

- che la Regione Toscana con il sopra citato Decreto n. 12305/2016, ha fornito uno schema di Avviso di Manifestazione di interesse che riporta gli elementi minimi per l'avvio della procedura di selezione pubblica dei soggetti interessati, lasciando facoltà di svilupparlo e contestualizzarlo sulla base di specifiche necessità;
- che l'articolo 8 dello stesso Avviso pubblico di cui al Decreto avanti richiamato, "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale - buoni servizio per sostegno alla domiciliarità", ha definito i termini e le modalità per la selezione degli operatori economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio;

### **DISPONE**

Per i motivi espressi in narrativa e qui integralmente richiamati:

- 1) DI APPROVARE** l'Avviso di Manifestazione di Interesse per l'erogazione degli interventi relativi ai Buoni Servizio di cui al Decreto Dirigenziale RT n. 12305/2016, Allegato A) al presente provvedimento pr farne parte integrante e sostanziale, unitamente ai relativi fac-simili di manifestazione d'interesse:
  - Allegato 1 - MODELLO 1 - Manifestazione di Interesse da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie;
  - Allegato 2 - MODELLO 2 - Manifestazione di Interesse da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA;
  - Allegato 3 - MODELLO 3 - Manifestazione di Interesse da compilare a cura dei professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale;
  - Allegato 4 - MODELLO 4 - Dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico economico finanziaria;
- 2) DI DARE ATTO** che:
  - il suddetto Avviso di Manifestazione di Interesse non avrà al momento una scadenza temporale, se non quella definita dalla durata del progetto, prevista al 14 novembre 2019, e dalla disponibilità delle risorse destinate;
  - le richieste di Manifestazione di Interesse da parte degli operatori interessati potranno essere presentate a partire dal 04.12.2017;
  - le proposte di adesione presentate saranno valutate dalla SdS di norma bimestralmente, per la loro inclusione in un elenco dei fornitori. L'elenco sarà formalmente aggiornato nei primi 5 giorni del mese successivo alla scadenza del bimestre, e comprenderà le domande presentate almeno entro il ventesimo giorno del mese di scadenza dello stesso bimestre e valutate come idonee;
  - in fase di prima attuazione, l'elenco suddetto sarà formalizzato entro il 05 febbraio 2018 (essendo il 03 febbraio un sabato), e conterrà le proposte di adesione presentate almeno entro il 20 gennaio 2018, valutate come idonee;
  - il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per la Società della Salute del Mugello nell'esercizio di riferimento rispetto a quelli già previsti;
- 3) DI PUBBLICARE** il presente atto sull'Albo on line della S.d.S. per quindici giorni consecutivi, e su altra sezione del sito web della stessa S.d.S. e dell'Azienda Sanitaria USL Toscana Centro, per tutta la durata di apertura dei termini;
- 4) DI TRASMETTERE** il presente provvedimento agli Enti aderenti, anche per la pubblicazione sui loro siti web e per favorirne la massima pubblicizzazione presso gli operatori del settore, al Collegio Sindacale, agli Organismi di Partecipazione della S.d.S., a tutte le RSA del territorio.

f.to **IL DIRETTORE**  
**Dott. Massimo Braganti**

**Allegato A) Provvedimento Direttore S.d.S. Mugello n. \_\_\_\_\_ del 01.12.2017**

**AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA PER LA PRESENTAZIONI DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI RELATIVE AI BUONI SERVIZIO PER IL SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'**

**POR Regione Toscana FONDO SOCIALE EUROPEO 2014-2020 ASSE B Inclusionione Sociale e Lotta alla Povertà - Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale-buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" (DD 12305/16.11.2016)**

**PROGETTO 'AVEC-MU-Accompagnati Verso Casa zona Mugello'**

**Art. 1 - Premessa**

La Società della Salute Zona Mugello indice un'istruttoria pubblica rivolta a:

1. soggetti economici che erogano prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie nella Zona Distretto;
2. soggetti economici gestori di RSA che erogano prestazioni di ricovero temporaneo nella fase di predisposizione dell'accoglienza a domicilio dell'assistito, in possesso di autorizzazione al funzionamento ed accreditamento;
3. professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale;

per manifestare l'interesse ad essere iscritti in un elenco di soggetti economici per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale-buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" emesso dalla regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusionione Sociale e Lotta alla Povertà, di cui al Decreto Dirigenziale n. 12305/2016, che qui si richiama integralmente. I suddetti soggetti possono avere sede anche al di fuori della Zona Mugello.

**Art. 2 - Oggetto della manifestazione di interesse**

La Società della Salute Zona Mugello, attraverso il sopra richiamato procedimento di evidenza pubblica, mira a costituire una lista di soggetti qualificati per l'erogazione dei servizi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art.1. L'Avviso regionale finanzia servizi a sostegno, nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio, del rientro presso il proprio domicilio di persone anziane (>65 anni), con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, e/o persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'art.3, c.3, della Legge 5 febbraio 1992 n. 104, a seguito di dimissioni da una struttura ospedaliera o di cure intermedie/riabilitative. Le risorse a disposizione della Società della Salute Zona Mugello, per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art.1, sono determinate in € 143.073,00; comprensive delle spese per azioni di sistema.

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

L'Avviso regionale prevede il finanziamento, tramite l'attribuzione di buoni servizio, delle seguenti tipologie di interventi:

Livello	descrizione interventi	Figura professionale	struttura intervento	Costo massimo pacchetto interventi
minimo	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione caregiver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane	Euro 330,00
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive ( es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	infermiere	5 accessi in 3 settimane	Euro 125,00
	Riattivazione, addestramento uso ausili semplici, educazione del caregiver	fisioterapista	5 accessi in 3 settimane	Euro 165,00
medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	infermiere	10 accessi in 3 settimane	Euro 500,00
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale) supporto al self management	fisioterapista	8 accessi in 3 settimane	Euro 280,00

Descrizione intervento	struttura intervento	Costo massimo pacchetto interventi
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in RSA per 12 gg	€ 1.428,00 (IVA compresa se dovuta)

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo di quelli relativi al materiale per le medicazioni e agli ausili temporanei ( bastoni canadesi, tripodi, ausili per rinforzo) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni).

### **Art.3.1 Modalità di elaborazione del piano di intervento individualizzato e assegnazione dei Buoni servizio**

Sulla base degli esiti della valutazione di cui al presente articolo, ciascun cittadino potenzialmente destinatario di questa misura potrà accedere, come indicato nell'All. 5 del Decreto RT n.12305/2016:

1. Ad un percorso territoriale domiciliare, nel quale sarà possibile attivare:

- il pacchetto di livello minimo se sono indicate prestazioni assistenziali nella scheda sociale – (a);
- il pacchetto di livello basso infermieristico se nella scheda infermieristica sono richieste le prestazioni di tipo (b) come definite nella tabella per la pesatura degli interventi contenuta nell'All. 5 all'Avviso regionale suddetto;
- il pacchetto di livello basso riabilitativo se nella scheda clinica sarà indicata la necessità di riattivazione funzionale ©;
- il pacchetto di livello medio infermieristico se nella scheda infermieristica sono richieste le prestazioni di tipo (b+d), come definite nella tabella per la pesatura degli interventi contenuta nell'All. 5 dell'Avviso regionale suddetto;

- il pacchetto di livello medio riabilitativo se nella scheda clinica sarà indicata la necessità di riabilitazione intensiva ortopedica o neurologica (e).

2. Ad un percorso di accesso a cure intermedie temporanee presso RSA per massimo 12 giorni nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.

Il Piano individualizzato, predisposto dall'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) della Zona distretto Mugello, conterrà la definizione del bisogno e l'intervento assistenziale a supporto della dimissione, con particolare attenzione alle modalità assistenziali che prevedano l'attivazione di servizi socio-sanitari, modulando gli interventi in un'ottica di integrazione fra le professioni coinvolte. Il Piano sarà strutturato in base all'esito della valutazione delle schede somministrate al paziente e integrate dalle informazioni raccolte dagli operatori dell'ACOT.

Successivamente all'individuazione del Piano, e verificata la compatibilità con le risorse erogabili, verrà predisposto il progetto individuale, che conterrà la lista dettagliata delle attività che potranno essere attivate mediante il buono servizio.

Per ogni buono servizio erogato sarà predisposto un Piano di spesa, sottoscritto dal destinatario e dal soggetto attuatore, che potrà prevedere l'erogazione di interventi per un importo massimo per singolo destinatario di Euro 1.500,00, oltre a specificare la tempistica di attivazione dei servizi e delle prestazioni, nonché il soggetto scelto dal destinatario per la materiale erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Il Piano di spesa potrà pertanto prevedere anche l'erogazione di parti di un pacchetto di interventi, ovvero un numero minore di accessi rispetto a quelli definiti. In questo caso il costo totale di un pacchetto, così come definito dalla tabella sopra riportata, dovrà essere frazionato per il numero degli accessi previsti nella colonna "Struttura intervento", e moltiplicato per il numero di accessi indicati nel Piano di spesa di riferimento.

Qualora l'erogazione di un pacchetto di interventi, così come definito dal Piano di spesa, venga interrotta per cause indipendenti dalla Società della Salute Mugello o dal soggetto erogatore, per la quantificazione del costo del servizio sarà applicata la modalità di calcolo sopra richiamata.

Ad ogni destinatario non potrà essere assegnato più di un buono servizio per tutta la durata del Progetto.

I servizi dovranno essere erogati entro le tre settimane dalla firma del Piano di spesa.

Sarà cura della Società della Salute Zona Mugello, in accordo con l'ACOT, verificare che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano di spesa, e che siano correttamente erogati.

I buoni servizio saranno attribuiti dalla Società della Salute Zona Mugello entro i 24 mesi di vigenza della convenzione sottoscritta con la Regione Toscana e comunque fino ad esaurimento delle risorse indicate all'art. 2.

#### **Art. 4 - Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso**

Sono invitati a partecipare al presente Avviso di istruttoria pubblica:

1. gli operatori economici che forniscono prestazioni domiciliari sociali e socio-sanitarie;
2. gli operatori economici gestori di RSA in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n. 1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli di disabilità di prevalente natura motoria;
3. professionisti sanitari infermieri e fisioterapisti in possesso di abilitazione professionale.

L'erogazione dei servizi da parte del personale di cui ai punti 1 e 3 può essere prevista secondo il Piano Personalizzato in qualunque giorno della settimana, compreso i giorni festivi e prefestivi, nell'orario 08,00- 20,00

Per l'erogazione dei servizi descritti all'art.1 della L.R. 82/2009, gli operatori economici di cui ai precedenti punti 1 e 2 che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica, devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della legge stessa e del successivo regolamento di attuazione n.29/R del 3 marzo 2010.

La Società della Salute Zona Mugello selezionerà i soggetti di cui ai paragrafi precedenti, includendoli in un apposito elenco, dal quale i destinatari dei buoni servizio potranno scegliere l'operatore economico che fornirà le prestazioni socio sanitarie previste dal Piano individualizzato. Al momento di attivazione dei servizi, i soggetti erogatori saranno chiamati a sottoscrivere un contratto con la Società della Salute Zona Mugello, che avrà la durata del Progetto POR - FSE.

#### **Art.5 - Modalità di presentazione delle manifestazioni di interesse.**

Le domande di adesione dovranno essere inviate alla Società della Salute Zona Mugello esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo [sdsmugello@legalmail.it](mailto:sdsmugello@legalmail.it) riportante nell'oggetto "MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PROGETTO AVEC MU cod. prog. 168234."

Le proposte devono essere presentate a partire dal giorno 04 dicembre 2017 e dovranno contenere, pena l'esclusione dalla procedura, i seguenti documenti:

- 1- per tutti i soggetti di cui all'art. 4, domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse redatta secondo i modelli (allegati 1-2-3) che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente Avviso;
- 2- per gli operatori economici di cui ai punti 1 e 2 dell'art. 4, il modello di dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico-economico-finanziaria ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47 (Allegato 4);
- 3- per tutti i soggetti di cui all'art. 4, copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante o del professionista.

La Società della Salute Mugello valuterà di norma bimestralmente le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

L'elenco sarà formalmente aggiornato nei primi 5 giorni del mese successivo alla scadenza del bimestre, e comprenderà le domande presentate almeno entro il ventesimo giorno del mese di scadenza dello stesso bimestre e valutate come idonee;

In fase di prima attuazione, l'elenco suddetto sarà formalizzato entro il 05 febbraio 2018 (essendo il 03 febbraio un sabato), e conterrà le proposte di adesione presentate almeno entro il 20 gennaio 2018, valutate come idonee;

Nel caso in cui i giorni di cui al paragrafo precedente coincidano con un giorno festivo si farà riferimento al primo giorno feriale utile.

L'elenco, come sopra formato ed aggiornato, sarà pubblicato sul sito web della Società della Salute Mugello e dell'Azienda USL Toscana Centro.

Per informazioni e chiarimenti è possibile scrivere all'indirizzo e-mail : [sds.mugello@asf.toscana.it](mailto:sds.mugello@asf.toscana.it).



Livello	descrizione interventi	operatore	struttura intervento	SI	NO
minimo	Interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione caregiver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane		
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 caregiver	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		

**e a tal fine DICHIARA**

- Di essere accreditato per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco secondo il disposto della L.R. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per gli interventi specificati;
- 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;
- Che il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

---



---



---

**SI 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, e dichiarazione sostitutiva di affidabilità (all. 4)*



Descrizione intervento	struttura intervento
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in RSA per 12 gg

**e a tal fine DICHIARA CHE**

- Di essere accreditato per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco secondo il disposto della L.R. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specifiche;
- Che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- 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;

**SI 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 e dichiarazione sostitutiva di affidabilità (all. 4)*



**E a tal fine DICHIARA**

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_

- Di essere iscritto all'albo professionale (ove previsto)

\_\_\_\_\_ dal

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| con il numero \_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

- Di avere 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;

**SI 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*

## Allegato 4



### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI AFFIDABILITA' GIURIDICO-ECONOMICO-FINANZIARIA Ai sensi del DPR n..445/2000 artt..46 e 47 (da compilarsi a cura di ogni aspirante soggetto partner)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Legale rappresentante di \_\_\_\_\_

**Consapevole degli effetti penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art.76 del citato DPR n.445/2000, sotto la propria responsabilità ( contrassegnare le dichiarazioni che interessano e compilare 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

*Nel caso di soggetti privati*

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 \_\_\_\_\_

INPS \_\_\_\_\_matricola \_\_\_\_\_sede di \_\_\_\_\_

*Nel caso di soggetti privati*

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 applicare il contratto collettivo di lavoro anche ai soci della cooperativa.

Data,

Firma e timbro (allegare copia di documento di identità)

\_\_\_\_\_