

AVVISO PER MANIFESTAZIONE D'INTERESSE

ENTE: COMUNE DI BAGNO A RIPOLI – CAPOFILA ZONA DISTRETTO FIORENTINA SUD EST

Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di operatori economici erogatori di prestazioni di cui alla tabella 2 dall'Avviso regionale: “Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia” (Decreto regionale n. 11439/2019)

Art. 1 – Premessa

Il Comune di Bagno a Ripoli – capofila per i Comuni della Zona socio-sanitaria Fiorentina Sud Est indice un'istruttoria pubblica rivolta agli operatori economici che erogano servizi domiciliari professionali, servizi extra domiciliari, servizi semi-residenziali, altri servizi extra domiciliari e servizi di trasporto nella zona/distretto FIORENTINA SUD EST per manifestare l'interesse a essere iscritti nell'elenco per l'erogazione di interventi relativi ai buoni servizio, con scelta demandata ai destinatari degli interventi stessi, come previsto dall'Avviso regionale “Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia” emesso dalla Regione Toscana con finanziamento del POR FSE 2014 – 2020, Asse B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà attività PAD B.2.1.3.A. “Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia” e approvato con il decreto dirigenziale regionale n. 17488 del 17.10.2019, allegato al presente avviso quale parte integrante e sostanziale dello stesso (allegato “A”).

Si definiscono:

- soggetto attuatore: COMUNE DI BAGNO A RIPOLI - zona distretto FIORENTINA SUD EST;
- soggetto/i erogatore/i: il/i soggetto/i individuato/i mediante il presente avviso in apposito elenco.

Art. 2 - Oggetto della manifestazione d'interesse

Il Comune di Bagno a Ripoli, capofila per i Comuni della Zona socio-sanitaria Fiorentina Sud Est attraverso un procedimento di evidenza pubblica mira a costituire un elenco di operatori qualificati per l'erogazione degli interventi previsti dall'Avviso regionale di cui all'art. 1, ed in particolare i servizi di cui all'art. 5.4 Tabella 2 dell'Avviso regionale.

E' garantita la possibilità di presentare domanda per l'intera durata dell'avviso FSE (18 mesi), pertanto potranno essere presentate candidature fino al mese precedente la scadenza del progetto.

Il primo elenco di operatori sarà costituito entro il **27 dicembre 2019**. La valutazione di ammissione avverrà per coloro che avranno presentato domanda di candidatura entro le ore **13:00 del 16 dicembre 2019**. Gli elenchi saranno aggiornati con le nuove eventuali domande al massimo ogni due mesi.

L'Avviso regionale finanzia buoni servizio per sostenere percorsi innovativi per la cura e il sostegno familiare di persone con una diagnosi di demenza lieve o moderata e le loro famiglie residenti sul territorio della Zona-

distretto Fiorentina Sud Est, ed in particolare nei Comuni di: Bagno a Ripoli, Impruneta, Greve in Chianti, Barberino-Tavarnelle, San Casciano V.d.P., Pontassieve, Pelago, Rufina, Londa, San Godenzo, Rignano sull'Arno, Reggello, Figline e Incisa V.no e Fiesole.

Le risorse a disposizione dell'Ente Attuatore per la Zona distretto Fiorentina Sud Est per l'erogazione degli interventi relativi ai buoni servizio previsti dall'Avviso regionale ammontano a € 511.971,00.

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 intervento:

Tabella 2 Tipologia interventi finanziabili con Buoni servizio

Tipologia intervento	di	Operatori	Tipologia di prestazione
<i>Servizi domiciliari professionali</i>		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
		PSIC	Analisi iniziale a domicilio svolta dallo psicologo esperto in geriatria per definizione del Progetto Educativo e restituzione alla famiglia
		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>
		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
		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
<i>Servizi extra-domiciliari</i>		PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso indicativamente di 6-8 persone
		FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi indicativamente di 8-10 persone
		PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (indicativamente di 8- 10 persone)
<i>Servizi semi-residenziali</i>			Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata)
			Caffè Alzheimer

Altri servizi extra-domiciliari		Atelier Alzheimer
		Musei per l'Alzheimer
Servizi di trasporto		Trasporto utenti: veicolo idoneo ed autista

Il costo dei singoli pacchetti di interventi è comprensivo dei costi relativi al materiale per gli ausili temporanei (es. bastoni canadesi, tripod, ausili per rinforzo) utilizzati dagli operatori che erogano le prestazioni.

Ciascun destinatario può ricevere un solo buono durante il periodo di validità del progetto. Il piano di spesa previsto nel buono servizio è predisposto dal Servizio sociale del Comune di residenza del richiedente a seguito di valutazione effettuata dalla UVM zonale anche in forma semplificata, anche in collaborazione con i servizi specialistici competenti, che elabora un **Piano individualizzato**.

Il Piano individualizzato può prevedere la combinazione di più interventi diversi per tipologia di prestazione consentendo la composizione di un intervento globale per i bisogni individuati tramite la valutazione multidimensionale. Per ogni destinatario del Buono servizio il Servizio sociale proponente predispone un Piano di spesa di importo variabile tra un minimo di euro 3.000,00 ed un massimo di euro 4.000,00.

Il piano di spesa sarà formulato in base ai seguenti costi (comprensivi di Iva ove dovuta):

A) per i "servizi domiciliari":

OSS/OSA	Euro 23,00
Psicologo/Neuropsicologo	Euro 36,50
Educatore Prof.le/Animatore	Euro 24,50
Fisioterapista	Euro 35,00

B) per i "servizi semi-residenziali" :

In caso di demenza lieve: Euro 65,00 per l'intera giornata ed Euro 35,00 per la mezza giornata (comprensiva del pranzo).

In caso di demenza moderata: Euro 72,00 per l'intera giornata ed Euro 40,00 per la mezza giornata (comprensiva del pranzo).

Le suddette tariffe sono comprensive del servizio di trasporto. Qualora il trasporto non sia previsto nel piano individualizzato, o per altre ragioni non sia erogato, le tariffe si ridurranno di 5 euro a tratta.

C) per i "servizi extra-domiciliari":

C1 - Interventi di Psico/Neuropsic. sull'utente: Euro 15,00 x utente a seduta - attivazione per gruppi da 2 a 8

C2 - Interventi di Psicologi quale supporto per la famiglia: Euro 12,00 ad utente per seduta - attivazione per gruppi da 2 a 10

C3 - Interventi di fisioterapista per AFA:

- Euro 12,00 ad utente per seduta per demenza moderata - attivazione per gruppi da 2 a 10
- Euro 10,00 ad utente per seduta per demenza lieve - attivazione per gruppi da 2 a 10

D) per gli "altri servizi extra-domiciliari " :

l'interessato deve presentare una propria proposta progettuale d'intervento, indicando la tipologia e la quantità in termini orari del personale impiegato, il numero di utenti accoglibile contemporaneamente per ogni intervento e la tariffa per utente, dettagliando le voci di costo che contribuiscono a determinarla. I locali

dove si svolge l'attività del Caffè e dell'Atelier Alzheimer devono essere messi a disposizione dall'operatore interessato. Le tariffe per utente ad intervento non potranno comunque eccedere i seguenti costi:

D1 - Caffè Alzheimer – euro 20,00

D2 - Atelier Alzheimer - Euro 30,00

D3 - Museo Alzheimer Euro 30,00

E) per il “servizio di trasporto”:

E1 - per i "servizi domiciliari" (laddove ad es. si rendano necessarie delle visite): Euro 10,00 a tratta per utente

E2 -per i "servizi extra domiciliari " ed "altri servizi extra domiciliari" 5 euro a tratta per utente.

Qualora l'erogazione degli interventi previsti dal Piano di spesa venga interrotta per cause dipendenti dal destinatario, al soggetto erogatore sarà riconosciuta la spesa corrispondente al valore degli interventi effettivamente erogati sino al momento dell'interruzione, anche se inferiori all'importo minimo previsto (€ 3.000,00).

I buoni servizio saranno erogati dal Comune di Bagno a Ripoli agli aventi diritto fino a esaurimento delle risorse di cui all'art. 2 del presente Avviso e soltanto a seguito della formulazione del Piano individualizzato e della sottoscrizione del relativo Piano di spesa.

Tale piano sarà formulato sulla base dei bisogni specifici delineati dal Piano individualizzato.

Gli interventi dovranno essere erogati secondo le modalità indicate nel Piano di spesa e sarà cura del Servizio sociale del Comune di residenza verificarne il loro rispetto.

Possono accedere all'elenco anche persone residenti in altre Zone-distretto. La stesura e la sottoscrizione del Piano di spesa, nonché di tutti gli altri obblighi legati alla verifica e all'erogazione del Buono servizio restano nella responsabilità della Zona-distretto di residenza.

Nel caso di pacchetti compositi saranno privilegiati gli operatori che si saranno candidati per tutte le tipologie d'intervento ivi presenti. I richiedenti il voucher dovranno pertanto scegliere l'operatore tra coloro che coprono tutti gli interventi previsti dal piano; solo se non esistono tali operatori nell'elenco o qualora non siano disponibili per giustificati motivi potranno essere scelti operatori diversi.

Laddove, nel corso di validità del Buono, si renda necessaria una modifica del Piano di spesa, questo può essere rimodulato. Tale variazione va formalizzata tramite addendum all'esistente Piano di spesa, controfirmato dal Servizio sociale di residenza e dal destinatario.

Il Servizio sociale di residenza verificherà che i servizi prendano avvio nel rispetto della tempistica indicata nel Piano individualizzato e l'effettiva e corretta erogazione delle prestazioni e dei servizi in esso contenuti.

Art. 4 – Soggetti invitati a partecipare al presente Avviso

Alla presente procedura possono partecipare i soggetti accreditati, al momento della presentazione della domanda, secondo il disposto della LRT 82/2009 e del successivo Regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010.

Per i servizi Caffè e Atelier Alzheimer, si rinvia altresì alla Delibera regionale n. 224/2018.

Per quanto riguarda i requisiti per l'AFA, si rimanda alla normativa di settore ed alle disposizioni in materia.

Non possono partecipare alla procedura persone fisiche e singoli professionisti.

I suddetti operatori potranno risiedere o meno nella zona-distretto Fiorentina sud-est e potranno rispondere anche in tutte le altre zone-distretto della Toscana.

Possono accedere all'elenco anche soggetti che hanno sede in altre Zone-distretto.

I soggetti interessati, possono partecipare in forma singola o riuniti in raggruppamenti temporanei, specificando il soggetto mandatario che avrà la rappresentanza del raggruppamento e che sarà legittimato a fatturare per l'intero pacchetto.

Ogni partecipante – sia come singolo sia come componente di un raggruppamento - dovrà compilare il modello di manifestazione d'interesse e barrare le tipologie di prestazione per le quali è accreditato.

Nel caso di *concorrente singolo*:

- dovranno essere barrate le “*tipologie di interventi*” per le quali manifesta l'interesse, impegnandosi in tal modo ad erogare tutte le “*tipologie di prestazioni*” ivi comprese.

Nel caso di *raggruppamento temporaneo*:

- il mandatario dovrà barrare le “*tipologie di interventi*” per le quali manifesta l'interesse, nonché le tipologie di prestazioni che erogherà e per le quali è accreditato.
- il mandante/i mandanti dovrà/dovranno barrare le “*tipologie di prestazioni*” che erogherà/erogheranno e per le quali è/sono accreditato/i.

In particolare, sono invitati a partecipare al presente Avviso gli operatori economici **accreditati**:

1. per fornire “prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie” di cui alla Tabella 2 sopra riportata, che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati all'art. 2 del presente Avviso;
2. per fornire “servizi extra-domiciliari” di cui alla Tabella 2 sopra riportata, che dispongono di un'esperienza provata nell'ambito degli interventi e dei destinatari indicati all'art. 2 del presente Avviso;
3. per fornire uno o più dei seguenti “ Altri servizi extra-domiciliari:
 - a) Caffè Alzheimer
 - b) Atelier Alzheimer
 - c) Musei per l'Alzheimer
4. come Centri diurni in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla normativa vigente per “servizi semi residenziali”;
5. per fornire il servizio di trasporto.

Gli operatori economici che rispondono alla presente procedura di evidenza pubblica devono risultare accreditati al momento della presentazione della domanda per tutti i servizi per i quali si propongono.

Le “**tipologie di intervento**” per le quali è possibile candidarsi sono :

- a) *Servizi domiciliari professionali*

- b) Servizi extra-domiciliari
- c) Servizi semi- residenziali
- d) Caffè Alzheimer
- e) Atelier Alzheimer
- f) Musei per l'Alzheimer

Gli operatori che si candidano dovranno necessariamente offrire agli utenti destinatari, se previsto nel piano individualizzato, il **servizio di trasporto**.

Le “**tipologie di intervento**” di cui ai punti a, b, c, d ,e, f devono essere intese come pacchetti, pertanto l'operatore che si candida per una o più di esse dovrà necessariamente essere in grado di offrire tutte le “**tipologie di prestazioni**” ivi comprese.

Il Comune di Bagno a Ripoli, quale Ente Attuatore del progetto, selezionerà i soggetti in possesso dei requisiti di cui al presente avviso, includendoli nell'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 dell'attivazione dei servizi i soggetti scelti saranno chiamati a sottoscrivere una convenzione con il Comune di Bagno a Ripoli, impegnandosi in tal modo **ad erogare o a garantire l'erogazione** delle prestazioni ivi indicate, nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate.

L'operatore scelto, qualora sia impossibilitato, nell'ambito delle “*tipologie di intervento*” per le quali ha aderito, ad eseguire direttamente una o più prestazioni di cui all'incarico, dovrà comunque garantirne l'esecuzione, nei termini di cui al piano individualizzato ricevuto.

A tale scopo potrà avvalersi – previa comunicazione preventiva scritta all'Ente attuatore - di un altro operatore accreditato per la prestazione di specie presente nell'elenco approvato dall'Ente Attuatore. In caso di avvalimento, il contratto continua comunque ad intercorrere tra Comune di Bagno a Ripoli ed operatore sottoscrittore del medesimo, unico soggetto legittimato a fatturare per il pacchetto erogato.

La mancata attivazione del pacchetto di prestazioni, nei tempi e modalità previste nel piano individualizzato, potrebbe comportare l'applicazione di una penale pari al costo del voucher non attivato.

L'inottemperanza reiterata potrà comportare la cancellazione dell'operatore dall'elenco dei soggetti accreditati approvato dall'Ente Attuatore.

L'operatore può recedere dalla convenzione stipulata con il Comune di Bagno a Ripoli o chiederne la parziale modifica con un preavviso di almeno 21 giorni.

Gli interventi attivati dovranno comunque concludersi.

La cancellazione dall'elenco avviene a partire dalla data di comunicazione del recesso.

Art. 5 - Modalità di presentazione delle manifestazioni d'interesse

Le proposte di adesione vanno indirizzate al Comune di Bagno a Ripoli, esclusivamente a mezzo PEC, all'indirizzo: comune.bagno-a-ripoli@postacert.toscana.it, riportando nell'oggetto la seguente dicitura:

“MANIFESTAZIONE DI INTERESSE SERVIZI DOMICILIARI, EXTRA DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA' PER PERSONE CON LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA”

Le proposte di adesione potranno essere presentate **a partire dal giorno 06/12/2019 e fino alle ore 13:00 del 16 dicembre 2019.**

Le domande in carta libera dovranno contenere, a pena di esclusione dalla procedura di manifestazione di interesse, i seguenti documenti:

- 1- domanda di partecipazione alla manifestazione d'interesse, redatta secondo il modello allegato 1, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Avviso ;
- 2- copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante;
- 3- [per i raggruppamenti temporanei] copia del mandato collettivo speciale con rappresentanza al mandatario.
- 4- modello di dichiarazione sostitutiva di affidabilità giuridico – economico – finanziaria ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 (Allegato 2) .

Il Comune di Bagno a Ripoli, capofila per la Zona Fiorentina Sud Est valuterà le proposte di adesione presentate, verificando la loro completezza e corrispondenza con quanto richiesto dal presente Avviso.

In fase di prima attuazione l'elenco sarà costituito a partire dalla data del **27 dicembre 2019** e conterrà le proposte di adesione presentate **entro le ore 13:00 del 16 dicembre 2019** e valutate come idonee.

L'elenco aggiornato sarà pubblicato sul sito web del Comune di Bagno a Ripoli all'indirizzo: <http://www.comune.bagno-a-ripoli.fi.it/>

L'Ente Attuatore valuterà di volta in volta le nuove proposte di adesione presentate nel corso di validità del Progetto, aggiornando l'elenco degli operatori al massimo ogni due mesi e provvedendo alla sua pubblicazione sul sito web all'indirizzo: <http://www.comune.bagno-a-ripoli.fi.it/>

Per informazioni e chiarimenti sul presente Avviso è possibile scrivere all'indirizzo mail: sociale.fiorentinasudest@comune.bagno-a-ripoli.fi.it

Art. 6 – Ammissibilità della spesa

Sono ammissibili le spese:

- di servizi/prestazioni elencate all'art. 3 e previste nel piano di spesa del destinatario: non saranno considerate ammissibili spese non previste nel piano di spesa redatto dal Servizio sociale di residenza coerenti con il Piano individualizzato predisposto dall'UVM zonale, anche in forma semplificata, con le modalità di cui all'art. 3;
 - di servizi/prestazioni erogati da operatori economici presenti nell'elenco della SdS/Zona distretto di riferimento; si precisa che il destinatario del buono servizio può decidere di usufruire dei servizi erogati all'interno di una zona-distretto diversa da quella di residenza, selezionando dall'elenco degli operatori economici di quella zona. La stesura e la sottoscrizione del piano di spesa, nonché tutti gli obblighi legati alla verifica ed effettiva erogazione del buono servizio rimangono nella responsabilità della SdS/zona distretto di residenza;
 - di servizi/prestazioni erogati e sostenuti durante la durata del progetto finanziato tramite l'Avviso a partire dalla data di assegnazione formale del buono (non sono ammessi interventi realizzati precedentemente);
- Le spese devono essere regolarmente documentate.

Art. 7 – Rendicontazione da parte dei soggetti erogatori al soggetto attuatore ed ai Comuni di residenza

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono rimettere **al soggetto attuatore** la seguente documentazione giustificativa:

- a) fatturazione elettronica secondo le modalità previste dalla legislazione vigente;
- b) ricevute o note di debito cartacee per i soggetti non tenuti ad emettere fattura verso la P.A. in quanto non obbligati dalla normativa vigente.

Le fatture e le ricevute o note di debito devono riportare:

- i dati anagrafici relativi alla persona destinataria del buono servizio (nome e cognome);
- il codice di progetto FSE: CUP _____;
- il dettaglio dei servizi erogati specificando il costo per ogni singolo servizio, come stabilito nel Piano di spesa.

Gli operatori economici che hanno erogato i servizi (soggetti erogatori), in base a quanto indicato nei piani di spesa, devono rimettere **ai Comuni di residenza** la seguente documentazione giustificativa:

- a) time card degli operatori degli interventi eseguiti controfirmate dai destinatari che hanno usufruito del servizio: si precisa che le time card dovranno essere consegnate anche in originale, con le modalità che saranno concordate alla stipula della convenzione.

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

per il Soggetto Attuatore
Comune di Bagno a Ripoli
il Dirigente ad interim Area 3
Servizi al Cittadino
dott. Fabio Baldi



MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici.

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 cont inuità assistenziale –buoni servizio per sostegno alla domiciliarità”

Progetto [inserire titolo del progetto]

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:

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare la/le “Tipologia/e d'intervento” che ci si candida ad erogare).

In caso di raggruppamento temporaneo specificare:

come mandatario

come mandante

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"/> 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"/> 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"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Servizi extra-domiciliari</i>	<input type="checkbox"/> PSIC/ NEUROPSIC	Interventi di stimolazione neurocognitiva / riabilitazione neuropsicologica - gruppo chiuso di 6-8 persone
		<input type="checkbox"/> FKT	Interventi di fisioterapista per AFA a gruppi chiusi di 8-10 persone
		<input type="checkbox"/> PSIC	Supporto psicologico alla famiglia – costituito da un gruppo chiuso (8-10 persone)

	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> <i>Servizi semi-residenziali</i>	<input type="checkbox"/> Centro Diurno	Centro diurno (frequenza giornaliera a mezza/intera giornata) ⁴
	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> Caffè Alzheimer	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> Atelier Alzheimer	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	
<input type="checkbox"/> Musei per l'Alzheimer	<input type="checkbox"/> <i>Servizio di trasporto</i>	

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 nr. 29/R del 3 marzo 2010;
- (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;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale **"Sostegno alla domiciliarità per persone con limitazione dell'autonomia" (Decreto regionale n. 11439/2019)** 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;
- di non incorrere in alcuna delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;

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.

**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. _____
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;

per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):

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 _____

per i soggetti privati (contrassegnare se ricorre il caso):

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;

per le cooperative (contrassegnare se ricorre il caso):

di applicare il contratto collettivo di lavoro anche per i soci della cooperativa.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

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