



REGIONE BASILICATA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

MODELLO A

All'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA

Via Torraca, 2 85100 POTENZA

protocollo@pec.aspbasilicata.it

AVVISO DI MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER INSERIMENTO IN ELENCO DI SOGGETTI EROGATORI DI PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE A PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO E LORO FAMIGLIE/CAREGIVER.

Progetto realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei ministri – Ministro per le disabilità (Decreto Interministeriale del 29.7.2022 – GU n. 237 del 10.10.2022). Utilizzazione del Fondo per l'inclusione delle persone con disabilità: interventi in attuazione della DGR n. 951 del 30.12.2022.

Il/La sottoscritto/a _____ (NOME E COGNOME), in qualità di legale rappresentante dell'ente denominato _____, con sede a _____ (Città e indirizzo), visto l'Avviso pubblico di manifestazione d'interesse per l'inserimento in elenco di Soggetti erogatori di prestazioni sociosanitarie a Persone con disturbo dello spettro dell'autismo e loro famiglie/caregiver

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco di Soggetti erogatori di prestazioni sociosanitarie a Persone con disturbo dello spettro dell'autismo e loro famiglie/caregiver.

A tal fine DICHIARA

Denominazione dell'Ente: _____

Sede legale: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Mail e PEC: _____

Codice fiscale/Partita IVA: _____

Indicazione delle tipologie di interventi erogati: _____

Referente individuato per comunicazioni con ASP e utenza:

Nome e cognome: _____

Telefono: _____

e-mail: _____

Indirizzo al quale si chiede venga inviata ogni comunicazione relativa alla presente richiesta (**solo se diverso**)

dalla sede legale sopra indicata)

Dichiara, altresì, di disporre delle figure professionali e di avere esperienza nello svolgimento di interventi di natura riabilitativa/abilitativa in favore di PcASD, come richiesto al punto 3.3 dell'Avviso Allegato 1 per soggetti erogatori.

Dichiara, inoltre, che per gli interventi erogati presso la propria struttura, si garantiscono i requisiti previsti nell'Allegato A della Legge Regionale del 5 aprile 2000n. 28 "Norme in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private".

Allegati:

1. Copia del documento d'identità del legale rappresentante in corso di validità;
2. Autodichiarazione in merito al possesso dei requisiti di cui al punto 1 del paragrafo *"REQUISITI DEI SOGGETTI EROGATORI CHE POSSONO PARTECIPARE ALL'AVVISO"*
3. Relazione sulla specificità della presa in carico del Soggetto erogatore e della tipologia di interventi erogabili;
4. Dichiarazione della presenza di figure professionali specificamente formate e/o con esperienza nel trattamento di PcASD, unitamente ai CV dei professionisti;
5. Relazione, corredata da planimetria, contenente il dettaglio delle modalità in cui verrà erogato il voucher sociosanitario all'interno della struttura, garantendo l'assenza di riduzione di spazi/tempo di permanenza/operatori destinati ai beneficiari dell'attività ordinaria della medesima struttura;
6. Dichiarazione che l'erogazione dei voucher rispetterà i limiti igienico-sanitari e di sicurezza previsti dalla normativa e che si procederà alla registrazione differenziata dei beneficiari e degli operatori destinati alle attività progettuali.

Il _____, data _____

IL/LA DICHIARANTE

(FIRMA OBBLIGATORIA DEL DICHIARANTE PENA ESCLUSIONE)