**Allegati:**

1. **Modulo manifestazione interesse alla partecipazione all’avviso**
2. **Format documento progettuale preliminare di natura tecnica**

**Allegato 1** - **Modulo manifestazione interesse alla partecipazione all’avviso**

All’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

Via Vecchia Ceramica n. 1

33170 – PORDENONE

**A mezzo PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PARTECIPAZIONE ALL’ AVVISO 2025 DI ISTRUTTORIA PUBBLICA PER L’INDIVIDUAZIONE DEI SOGGETTI DISPONIBILI A PARTECIPARE AL PROCEDIMENTO DI CO-PROGETTAZIONE DELLE ATTIVITÀ, DEI PROGETTI E DEGLI INTERVENTI RELATIVI ALLE SPERIMENTAZIONI DI DOMICILIARITÀ COMUNITARIA CON ASFO E SSC LIVENZA CANSIGLIO CAVALLO DI CUI ALLE DGR FVG N.1964/2021 E N. 1376/2024 AI SENSI DELL’ART. 55 DEL D.LGS. n. 117 DEL 03.07.2017 “COINVOLGIMENTO DEGLI ENTI DEL TERZO SETTORE”.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_), CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di:

* Legale Rappresentante dell’Ente del Terzo Settore denominato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

* Procuratore speciale o generale con mandato di rappresentanza con firma congiunta/disgiunta

dell’Ente del Terzo Settore denominato:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(allegare la procura)

# **MANIFESTA L’INTERESSE ALL’AVVISO IN OGGETTO**

* Per il singolo Ente rappresentato
* Per i seguenti Enti, in forma associata in raggruppamento già costituito o patnership avviata *(sono ammesse tutte le forme di partecipazione previste dalla normativa speciale di settore)*

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ovvero*

* Per i seguenti Enti, in forma associata in raggruppamento già costituito o patnership da avviare *(sono ammesse tutte le forme di partecipazione previste dalla normativa speciale di settore)*

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e chiede a Codesta Amministrazione Procedente l’ammissione al procedimento di co-progettazione ed eventuale successivo accordo di partenariato ai sensi dell’art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017 per lo sviluppo e realizzazione con AsFO e SSC Livenza Cansiglio Cavallo di progetti personalizzati per persone non autosufficienti con diagnosi di demenza nell’ambito delle “sperimentazioni di domiciliarità comunitaria” di cui alle DGR 1964/2021 e DGR 1376/2024.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR 445/2000 nell’ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci,

# **DICHIARA**

* che l’Ente è regolarmente iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) ai sensi del D.Lgs. 117/2017) da almeno 2 anni;
* che le finalità statutarie dell’Ente ricadono negli ambiti di intervento oggetto della sperimentazione;
* di avere sede legale e/o sede secondaria/operativa in Friuli Venezia Giulia e/o radicamento nel contesto territoriale in cui si sviluppa la progettualità;
* un’esperienza qualificata di almeno 5 anni nell’ambito dell’assistenza a persone anziane non-autosufficienti, e di un interesse specifico rispetto all’oggetto ed alle finalità dell’avviso, in modo da poter apportare un contributo di conoscenza proattivo e qualificato, anche in relazione alle problematiche del territorio;
* se soggetti all’obbligo, di essere in situazione di regolarità contributiva nei confronti degli enti previdenziali e assistenziali (Non essere incorsi in violazioni, definitivamente accertate, rispetto agli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, secondo la legislazione italiana);
* che non sussistono divieti a contrattare con la Pubblica Amministrazione, né altre cause di sospensione o decadenza previste dall’art. 67 del D.Lgs. n.159/2011 in capo al dichiarante, legali rappresentanti ed altri soggetti interessati;
* di assumere e rispettare, per quanto di propria competenza, gli impegni previsti dall’Avviso;
* di obbligarsi a rispettare la tracciabilità dei flussi finanziari, per eventuale successivo accordo di partenariato con l’Azienda che preveda rimborsi da parte dell’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (art. 3, comma 1 della Legge 136/2010).

**Si allega:**

1. copia di un documento di identità in corso di validità del dichiarante (solo qualora la richiesta non sia sottoscritta digitalmente);
2. documento progettuale preliminare di natura tecnica (come da schema allegato nr. 2) sull’attività che si intende svolgere in collaborazione con l’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale all’interno della proposta di co-progettazione specificando l’oggetto, le attività da svolgere, i soggetti che le svolgeranno (indicando le professionalità in senso ampio da questi possedute) e la loro formazione prevista, la tempistica e la sede o le sedi delle attività);
3. Eventuale ogni altra documentazione che si ritiene rilevante ai fini dello sviluppo dell’attività di cui all’avviso.

**Dichiarazione ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 in materia di privacy**

Dichiaro, infine, di essere stato informato che i dati personali della/e persona/e fisica/fisiche sopra riportati, necessari ai fini dell’istruttoria del procedimento avviato con la presente istanza e finalizzati all’adozione di un provvedimento conclusivo, saranno trattati dall’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, anche con strumenti informatici, come prescritto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) n. 679/2016 e D.Lgs. 196/2013 e s.m.i., secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza ai soli fini del procedimento per il quale sono richiesti (valutazione di collaborazione in attività sanitarie e sociosanitarie, co-progettazione e convenzionamento e conseguenti adempimenti amministrativi, civilistici, contabili e fiscali), ed esprimo il mio consenso al trattamento degli stessi esclusivamente a tale scopo.

IL DICHIARANTE

(Nome e cognome)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*firma digitale o firma olografa leggibile*

## Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 in materia di privacy

*L’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, in qualità di Titolare del trattamento, La Informa che i dati raccolti attraverso la compilazione del modulo vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per la co-progettazione, il convenzionamento e ai controlli conseguenti, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge o regolamentari. I dati possono essere comunicati ai soggetti istituzionali nei soli casi previsti dalle disposizioni di legge o regolamento.*

*I dati da Lei forniti verranno trattati sia utilizzando mezzi elettronici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei. I dati da lei forniti potranno essere utilizzati ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti previsti dal D.P.R. 445/2000.*

*Le ricordiamo che in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall’art. 7 del codice privacy, al fine di: a) conoscere, mediante accesso gratuito, l’origine dei dati personali, le finalità e modalità di trattamento, gli estremi identificativi dei soggetti che li trattano; b) ottenere l’aggiornamento, la rettifica ovvero l’integrazione dei dati che la riguardano, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, se contenuti in documenti suscettibili di tali modificazioni; c) opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta. Si ricorda che in caso di mancato inserimento di uno o più dati obbligatori non potrà godere del servizio (o prestazione) richiesto. Il Responsabile, delegato al trattamento dei dati è: Direttore della S.C. Affari Generali e Legali - Tel. 0434/369738 - Per esercitare i diritti previsti all’art. 7 del Codice della Privacy, sopra elencati, l’interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: Ufficio Relazione con il Pubblico (URP) dell’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale - Via Vecchia Ceramica, 1 -33170 Pordenone - Tel. 0434/369988 – Fax. 0434/523011 – e-mail:*

*urp@asfo.sanita.fvg.it*

**ALLEGATO 2** – **documento progettuale preliminare di natura tecnica**

1. **Descrizione dell’esperienza qualificata di almeno 5 anni nell’ambito dell’assistenza a persone anziane non-autosufficienti**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Descrizione dell’interesse specifico rispetto all’oggetto ed alle finalità dell’avviso, e conoscenza proattiva e qualificata, anche in relazione alle problematiche del territorio**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Descrizione del radicamento territoriale  
   ,**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **Descrizione del progetto di massima**

**4.A Declinazione dei sostegni che si intendono realizzare delle loro modalità attuative ed eventuale documentazione tecnico professionale e scientifica relative della loro efficacia, con evidenza degli elementi di innovazione, per le seguenti macro-categorie:**

1. Funzioni respiro (ad esempio, offerta di luoghi per garantire periodi di respiro ai caregiver)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

2. Promozione e/o mantenimento di autonomie personalizzate (ad esempio, stimolazione cognitiva, supporto psicologico; sostegno della sicurezza dell’ambiente domiciliare, manualità per gesti quotidiani, etc…)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Attività di cura e supporto (ad esempio, informazione e supporto nell’espletamento delle pratiche amministrative; trasporto individuale per il supporto alla mobilità; sostituzione del caregiver familiare a causa di evento non prevedibile; Servizio Assistenza Domiciliare; promozione della sfera relazionale e sociale della persona; sostegno dell’orientamento nella rete dei servizi).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.B Tipologia e competenza delle figure professionali coinvolgibili nel progetto, pregressa esperienza degli operatori, indicazioni generali sulla consistenza di massima del nucleo di operatori coinvolgibili**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.C Descrizione delle metodologie e pratiche professionali che si intendono attuare, con particolare riferimento al coinvolgimento della persona con demenza e al mantenimento delle autonomie, nonché al lavoro con le famiglie interessate, anche in relazione al loro supporto nelle pratiche assistenziali:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.D Ulteriori apporti messi a disposizione del progetto, a titolo di contributo:**

a) € ………………………….. a titolo di contributi economici complessivi;

b) il/i seguente/i bene/i immobile/i: ……………., nella forma di ……………. (comodato/proprietà, etc.);

c) i seguenti beni mobili [eventuale]: ……………………., nella forma di …………………….

**4.E Aggregazioni e partenship territoriali e attivazione dei contesti comunitari compresa l’eventuale attivazione di organizzazioni di volontariato o singoli volontari**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.F Organizzazione operativa sul territorio e forme e strumenti di collaborazione e integrazione con i servizi dell’Azienda Sanitaria e dei Servizi Sociali dei Comuni** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.G Forme di monitoraggio degli obiettivi progettuali degli esiti sulla persona beneficiaria e il suo contesto famigliare**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...