

### DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE

<b>Numero del provvedimento</b>	312
<b>Data del provvedimento</b>	30-05-2025
<b>Oggetto</b>	Avviso pubblico
<b>Contenuto</b>	MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RELATIVA ALLA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER IL PERIODO 01.07.2025 - 30.06.2028 - PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025 – INTEGRAZIONE ALLA DETERMINAZIONE N. 291 DEL 20.05.2025

<b>Ufficio/Struttura</b>	Direttore
<b>Resp. Ufficio/Struttura</b>	Silvia Mantero - MNTSLV76S48G713V
<b>Resp. del procedimento</b>	Silvia Mantero - MNTSLV76S48G713V
<b>Parere e visto di regolarità contabile</b>	Silvia Mantero

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
1	6	Modello domanda di iscrizione Operatori Economici

### DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE

<b>Numero del provvedimento</b>	
<b>Data del provvedimento</b>	
<b>Oggetto</b>	Avviso pubblico
<b>Contenuto</b>	MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RELATIVA ALLA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER IL PERIODO 01.07.2025 - 30.06.2028 - PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025 – INTEGRAZIONE ALLA DETERMINAZIONE N. 291 DEL 20.05.2025

<b>Ufficio/Struttura</b>	Direttore
<b>Resp. Ufficio/Struttura</b>	Silvia Mantero - MNTSLV76S48G713V
<b>Resp. del procedimento</b>	Silvia Mantero - MNTSLV76S48G713V Silvia Mantero
<b>Parere e visto di regolarità tecnica</b>	Silvia Mantero

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° di pag.	Oggetto
1	6	Modello domanda di iscrizione Operatori Economici

## IL DIRETTORE

Premesso che:

- la conferenza zonale dei sindaci Z/D Pistoiese con propria deliberazione n. 2 del 14 maggio 2010 ha approvato lo schema di convenzione e lo schema di Statuto della Società della Salute Pistoiese;
- a seguito di quanto sopra, ciascun Comune della Zona-Distretto Pistoiese e l'Azienda USL n. 3 hanno deliberato ed approvato lo schema di convenzione e lo schema di Statuto della Società della Salute Pistoiese;
- il 6 agosto 2010 i sindaci dei comuni della Zona Distretto Pistoiese e il Direttore Generale dell'Azienda USL n. 3 di Pistoia hanno sottoscritto la convenzione costitutiva del Consorzio Società della Salute Pistoiese, come da atto repertorio Comune di Pistoia n. 18959 registrato il 10 agosto 2010 al n. 104 Serie 1;
- con deliberazioni dell'Assemblea dei Soci n. 1, n. 2 e n. 3 del 15 settembre 2010 veniva rispettivamente accertata, ai sensi dell'art. 11 dello Statuto, la regolare costituzione dell'Assemblea dei Soci, veniva eletto il Presidente della SdS e nominata la Giunta Esecutiva;

Vista la deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 25 del 29/11/2017 con la quale è stato approvato lo Statuto della Società della Salute Pistoiese;

Vista inoltre la deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 14 del 22/07/2022 con la quale è stato eletto il Presidente della Società della Salute Pistoiese nonché Presidente della Giunta Esecutiva;

Preso atto del provvedimento del Presidente della SdS P.se n. 1 del 22/07/2022 con il quale l'Assessore del Comune di San Marcello Piteglio, Roberto Rimediotti, è stato nominato Vice Presidente della SdS P.se;

Vista, infine, la deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 15 del 22/07/2022 con la quale sono stati nominati i componenti della Giunta Esecutiva della Società della Salute Pistoiese;

Dato atto che il Presidente della SdS Pistoiese ha decretato con atto n. 283 del 02/05/2023 la nomina della dott.ssa Silvia Mantero quale Direttore della SdS Pistoiese a far data dal 15 maggio 2023;

Richiamate le precedenti determinazioni:

- n. 270 del 13/05/2025 con cui si pubblicava la Manifestazione di interesse relativa alla costituzione di un elenco di professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative per il periodo 01.07.2025 - 30.06.2028 - progetto home care premium 2025
- n. 291 del 20/05/2025 con cui si pubblicava la Manifestazione di interesse relativa alla costituzione di un elenco di professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative per il periodo 01.07.2025 - 30.06.2028 - progetto home care premium 2025 – integrazione alla determinazione n. 270 del 13.05.2025;

Vista la necessità di integrare il modello di domanda di iscrizione rispetto al precedente approvato con determina n. 291 del 20/05/2025, anche con il modello allegato di domanda rivolto agli operatori economici;

Considerata la necessità di prorogare i termini per la presentazione delle domande per la fase di prima attuazione dell'elenco, che sarà costituito a partire dalla data del 05/06/2025 e conterrà le richieste di iscrizione presentate entro il **04/06/2025** e valutate come idonee;

Evidenziato che all'emanazione del presente provvedimento, sia in fase istruttoria che in fase decisionale, non hanno preso parte soggetti in conflitto di interessi, anche potenziale, ai sensi di quanto stabilito dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per il triennio 2025-2027 approvato con Deliberazione dell'Assemblea dei Soci n. 1 del 29 gennaio 2025, con il quale il Consorzio SdS intende dare attuazione al principio della trasparenza secondo quanto previsto dal D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33;

Visto l'art. 21 dello Statuto della SDS Pistoiese e l'art. 31 del D.Lgs.267/2000;

In considerazione di quanto sopra trascritto,

**DISPONE**

per i motivi espressi in narrativa e qui integralmente richiamati

1. di approvare il nuovo modello di manifestazione di interesse relativa alla costituzione di un elenco di professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative per il progetto HOME CARE PREMIUM 2025 rivolto agli operatori economici, in aggiunta al precedente approvato con determina n. 291 del 20/05/2025;
2. di prorogare i termini per la presentazione delle domande per la fase di prima attuazione dell'elenco, che sarà costituito a partire dalla data del 05/06/2025 e conterrà le richieste di iscrizione presentate entro il **04/06/2025** e valutate come idonee.
3. di pubblicare il presente provvedimento, l'integrazione dell'avviso e il modello di manifestazione di interesse integrato sul sito web della Società della Salute Pistoiese.

**F.to IL DIRETTORE  
(Silvia Mantero)**



## **AII 2 - DA COMPILARE A CURA DEGLI OPERATORI ECONOMICI**

### **DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**all'elenco di professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative per il progetto  
HOME CARE PREMIUM 2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità 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 delle prestazioni integrative dei seguenti operatori (selezionare la prestazione e i professionisti con i relativi requisiti indicati)**

- SERVIZI PROFESSIONALI DOMICILIARI FINALIZZATI A MIGLIORARE L'AUTONOMIA PERSONALE NELLE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA, EFFETTUATI DAI SEGUENTI TERAPISTI OCCUPAZIONALI:**

➤ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_  
/ \_\_\_ / \_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio

associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:

- titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso

\_\_\_\_\_

- l'abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_
  
- **SERVIZI PROFESSIONALI DI TERAPIA NELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA, EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:**
  - Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:
    - titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
    - l'abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
    - Iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_
  
- **SERVIZI PROFESSIONALI DI PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA, EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:**
  - Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:
    - titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
    - l'abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
    - Iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_

□ SERVIZI PROFESSIONALI DI **BIOLOGIA NUTRIZIONALE E DI DIETISTA**, EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:

➤ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_

/\_\_\_/\_\_\_/ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio

associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:

- titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- l'abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- l'iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_

□ SERVIZI PROFESSIONALI DI **FISIOTERAPIA**, EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:

➤ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_

/\_\_\_/\_\_\_/ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio

associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:

- titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- l'abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- l'iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_

□ SERVIZI PROFESSIONALI DI **LOGOPEDIA**. EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:

➤ Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_

/\_\_\_/\_\_\_/ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio

associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:

- titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - l'abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - l'iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_
- **SERVIZI SPECIALISTICI FINALIZZATI AL POTENZIAMENTO E ALLA CRESCITA DELLE CAPACITÀ RELAZIONALI ED EMOTIVE DI MINORI AFFETTI DA AUTISMO, EFFETTUATI DALL'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIOSANITARIO O DALL'EDUCATORE PROFESSIONALE SOCIOPEGAGOGICO, EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:**
- Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:
- titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - l'abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
  - l'iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_
- **SERVIZI PROFESSIONALI DI INFERMIERISTICA, EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:**
- Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:
- titolo di studio \_\_\_\_\_ conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_



- Pabilitazione alla professione di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- l'iscrizione all'Albo Nazionale \_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_
- SERVIZI PROFESSIONALI DI CURA E DI ASSISTENZA ALLE PERSONE IN CONDIZIONE DI DISABILITÀ, FINALIZZATI A SODDISFARNE I BISOGNI PRIMARI E FAVORIRNE IL BENESSERE E L'AUTOSTIMA, EFFETTUATI DA **OPERATORE SOCIOSANITARIO (OSS) E DA OPERATORE SOCIO ASSISTENZIALE (OSA)**, EFFETTUATI DAI SEGUENTI OPERATORI:
  - Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di dipendente di studio associato/società, in possesso dei seguenti requisiti:
    - Attestazione della qualifica professionale di:  OSS  OSA rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### DICHIARA INOLTRE

- di avere preso visione dell'Avviso e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
- di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del progetto HCP 2025 residenti nella zona pistoiese;
- di impegnarsi ad implementare tempestivamente la piattaforma INPS con gli appuntamenti concordati con i beneficiari e i relativi aggiornamenti dello stato degli appuntamenti stessi;
- 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 aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD);
- di essere a conoscenza che nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi alla Sds Pistoiese.



**E SPECIFICA LE TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE E RELATIVE TARIFFE CHE PROPONE DI EROGARE DI SEGUITO RIPORTATE:**

Tipologia di prestazione	Tariffa prestazione

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data) \_\_\_\_\_

(firma del professionista) \_\_\_\_\_

*N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal professionista; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.*

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

**Atto n. 312 del 30-05-2025**

**In pubblicazione all'Albo della Società della Salute dal 30-05-2025 al 14-06-2025**

**Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005  
in data 15-06-2025**