

**TRATTAMENTI DI STIMOLAZIONE COGNITIVA E PSICO-EDUCAZIONALI,
COGNITIVI E PSICOSOCIALI NELLA DEMENZA
RIVOLTI AI PAZIENTI CON DISTURBO COGNITIVO MAGGIORE
SEGUITI DAI CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E PER LE DEMENZE
(CDCD) LEVANTE ASL3 E PONENTE ASL3) E AI CAREGIVER**

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

*All'Azienda Sanitaria Locale n. 3 "Genovese"
Ufficio Protocollo
Via A. Bertani, 4 – 16125 Genova (GE)
P.E.C. protocollo@pec.asl3.liguria.it*

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Residente in _____ C.A.P. _____

Via _____

Nella qualità di _____

della (forma sociale e ragione sociale dell'Ente del Terzo Settore) _____

Registrato presso il R.U.N.T.S. (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore) _____

Con sede in _____

Via _____ C.A.P. _____

Cod. Fiscale _____ Partita IVA _____

Telefono _____ fax _____

Certificazione ISO N° _____

Indirizzo e-mail ufficiale o di sicura pronta risposta _____

D I C H I A R A

di manifestare l'interesse alla progettualità in oggetto, specificando, come segue, i termini della propria messa a disposizione, in vista della successiva procedura di affidamento.

Nel dettaglio, l'ETS dichiara che:

1. intende candidarsi per l'erogazione dei trattamenti nell'ambito territoriale del/dei (selezionare solo uno o entrambi):

- CDCD Ponente ASL3 (Unità Operativa 3),
- CDCD Levante ASL3 (Unità Operativa 5);

2. intende erogare, per il CDCD Ponente ASL3 (Unità Operativa 3), qualora avesse selezionato - unicamente o anche – tale ambito territoriale (selezionare tutte le tipologie di trattamento per cui ci si candida):

- trattamenti di Stimolazione Cognitiva (SC) e Terapia della Reminiscenza (R),
- trattamenti basati sulla Attività Motoria (AM),
- trattamenti basati sulla Musicoterapia (M) e Arteterapia (A),
- trattamenti psico-educazionali e psicosociali rivolti ai Caregiver;

3. intende erogare, per il CDCD Levante ASL3 (Unità Operativa 5), qualora avesse selezionato - unicamente o anche – tale ambito territoriale (selezionare tutte le tipologie di trattamento per cui ci si candida):

- trattamenti di Stimolazione Cognitiva (SC) e Terapia della Reminiscenza (R),
- trattamenti basati sulla Attività Motoria (AM),
- trattamenti basati sulla Musicoterapia (M) e Arteterapia (A),
- trattamenti psico-educazionali e psicosociali rivolti ai Caregiver;

Al riguardo, l'ETS garantisce che l'attività per cui si candida verrà effettuata nel territorio di competenza del CDCD che emette il bando e per il quale si candida.

D I C H I A R A, A L R I G U A R D O, C H E

- **nell'ambito del territorio di competenza del CDCD Ponente ASL3 (Unità Operativa 3), per il quale ha manifestato il proprio interesse, la sede prescelta per l'erogazione**

- dei trattamenti di Stimolazione Cognitiva e Terapia della Reminiscenza, è _____

_____;

- dei trattamenti basati sulla Attività Motoria, è _____
_____;
- dei trattamenti basati sulla Musicoterapia e Arteterapia, è _____
_____;
- dei trattamenti psico-educazionali e psicosociali rivolti ai Caregiver, è _____
_____;
- **nell'ambito del territorio di competenza del CDCD Levante ASL3 (Unità Operativa 5), per il quale ha manifestato il proprio interesse, la sede prescelta per l'erogazione**
 - dei trattamenti di Stimolazione Cognitiva e Terapia della Reminiscenza, è _____
_____;
 - dei trattamenti basati sulla Attività Motoria, è _____
_____;
 - dei trattamenti basati sulla Musicoterapia e Arteterapia, è _____
_____;
 - dei trattamenti psico-educazionali e psicosociali rivolti ai Caregiver, è _____
_____;

TUTTO CIO' PREMESSO, CHIEDE

di essere invitato alla selezione finalizzata all'individuazione degli ETS ai quali affidare, mediante successivo contratto, i servizi consistenti nell'erogazione dei trattamenti di cui all'Avviso pubblicato, in base alle preferenze sopra indicate.

E ALLEGA

La documentazione attestante il possesso dei requisiti generali e specifici (allegati massimo di 5 mb).

Data e luogo _____

(* (timbro dell'impresa e firma del legale rappresentante)

***La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia di documento d'identità del sottoscrittore**