

**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](mailto: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**