

All'Ufficio dei Piani
Distretto di Lecco
distrettodilecco@comune.lecco.it
servizisociali.ambito@pec.comunedilecco.it

OGGETTO: Manifestazione di disponibilità alla gestione di interventi/servizi previsti dalla DGR 4138 del 21.12.2020 – Misura B2 – in favore di persone con gravi disabilità o non autosufficienti – Linee Operative Territoriali del Distretto di Lecco (Ambiti di Bellano, Lecco e Merate)

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di legale rappresentante di _____

gestore del servizio _____

con sede in _____ via _____ n. _____

tel _____

e-mail _____

CF/PI _____

MANIFESTA

la disponibilità alla gestione dei seguenti interventi a supporto delle persone che hanno presentato istanza di valutazione ai sensi della **DGR 4138/2020 Misura B2**:

- periodi di **solievo residenziale** presso unità d'offerta residenziali sociosanitarie o sociali (tramite erogazione da parte dell'Ambito Distrettuale di Buono Sociale direttamente al beneficiario);
- interventi di **solievo diurno e/o partecipazione ad attività diurne** con finalità di sostegno alla famiglia e di integrazione sociale (tramite erogazione da parte dell'Ambito Distrettuale di Buono Sociale direttamente al beneficiario);
- interventi a **sostegno della domiciliarità** destinati a **persone che non accedono alla rete dei servizi** socio sanitari e sociali (tramite erogazione da parte dell'Ambito Distrettuale di Buono Sociale direttamente al beneficiario);
- **progetti individualizzati ed articolati**, con finalità di sostegno alla vita di relazione di **minori disabili** di cui al punto D1 delle linee operative territoriali DGR 4138/2020 (tramite erogazione da parte dell'Ambito Distrettuale di Buono Sociale o Voucher intestati al beneficiario);
- **interventi specifici per minori disabili** di natura educativa/socializzante di cui al punto D2 delle linee operative territoriali DGR 4138/2020 (tramite erogazione da parte dell'Ambito Distrettuale di Buono Sociale o Voucher intestati al beneficiario);
- altro(specificare) _____ .

e a tal fine **DICHIARA**

- di aver preso visione delle Linee operative territoriali del Distretto di Lecco per l'attuazione degli interventi previsti dalla DGR n. 4138 del 21.12.2021 - misura B2;
 - che l'ente rappresentato è accreditato come unità d'offerta socio-sanitaria (specificare) _____;
 - che l'ente rappresentato gestisce, per conto di enti pubblici accreditati, unità d'offerta socio-sanitaria (specificare) _____;
 - che l'ente rappresentato è in regolare esercizio come unità d'offerta sociale;
 - che l'ente rappresentato è un ente erogatore SAD (specificare) _____
_____;
 - altro (specificare) _____
- di disporre:**
- delle seguenti figure professionali (indicare qualifica e n. operatori) _____
_____ dedicabili alle attività di cui ai punti precedenti;
 - di n. _____ posti letto dedicabili alle attività di sollievo residenziale.
- di essere disponibile ad erogare gli interventi sopra evidenziati in favore di:**
- persone anziane non autosufficienti;
 - persone disabili gravi.

e sul territorio di:

- provincia di Lecco
- limitatamente a (specificare) _____

INDICA

Quale/i propri/o referente/i per l'erogazione degli interventi:

Cognome e Nome _____

Tel _____ email _____

AUTORIZZA

gli Ambiti distrettuali del territorio della Provincia di Lecco ad inserire le informazioni rilevabili dal presente modulo in nota informativa inviata ai Servizi Sociali dei Comuni.

Luogo e data _____

FIRMA

Allegati: Documento di identità del legale rappresentante