

Spett.le Azienda USL Toscana Centro  
P.za Santa Maria Nuova 1  
50122 Firenze

pec:  
servizionesds.uslcentro@postacert.tosc  
ana.it

DA REDIGERE SU CARTA INTESTATA DEL PARTECIPANTE

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE**

**finalizzata alla costituzione di un elenco di operatori economici in grado di fornire servizi per la gestione di RSA con pazienti Covid-19 positivi.**

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:  
\_\_\_\_\_

**Indica la propria disponibilità a fornire i servizi di seguito indicati:**

- ☐ Servizi Socio Sanitari (tramite OSS con divise e vestiario)
- ☐ Assistenza sanitaria (tramite Personale infermieristico con divise e vestiario)
- ☐ Servizi di pulizia comprensivo del relativo materiale
- ☐ Servizio di minuta manutenzione
- ☐ Smaltimento rifiuti
- ☐ Eventuali servizi ulteriori

Indica le tariffe applicate in relazione ai pacchetti assistenziali individuati dall'avviso come di seguito indicato (si chiede di duplicare le righe in relazione ai servizi che si intendono fornire:

|        | Assistenza sanitaria | Servizi socio sanitari | TARIFFA |
|--------|----------------------|------------------------|---------|
| giorno | ottimale             | ottimale               |         |
|        | 1 SU 20 ospiti       | 1 SU 10 ospiti         |         |
|        | emergenza            | emergenza              |         |
|        | 1 SU 30 ospiti       | 1 SU 15 ospiti         |         |
| notte  | ottimale             | ottimale               |         |
|        | 1 SU 30 ospiti       | 1 SU 15 ospiti         |         |

|                                  |                             |                             |  |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
|                                  | emergenza<br>1 SU 40 ospiti | emergenza<br>1 SU 25 ospiti |  |
| ○ Servizi di minuta manutenzione |                             |                             |  |
| ○ Smaltimento rifiuti            |                             |                             |  |
| ○ Eventuali servizi ulteriori    |                             |                             |  |

(luogo e data)

\_\_\_\_\_

(firma del legale rappresentante)

\_\_\_\_\_

N.B.

*Allegare curriculum dell'incaricato alla partecipazione*

*Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*