

MODULO DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

per l'individuazione di enti accreditati in regime privatistico e/o convenzionati con il Sistema Sanitario Regionale della Lombardia per l'attivazione di percorsi di logopedia a favore di bambini della scuola dell'infanzia coinvolti nel progetto "Dire Fare Educare" finanziato da Fondazione Montecchi.

CIG: BAFD2171F3

1. Dati dell'Ente

- Denominazione dell'ente: _____
- Partita IVA / Codice Fiscale: _____
- Sede legale: _____
- Telefono / Fax: _____
- PEC / Email: _____
- Responsabile / referente per la manifestazione di interesse:
 - Nome e cognome: _____
 - Funzione: _____
 - Telefono: _____
 - Email: _____

2. Requisiti di accreditamento

L'ente dichiara, ai sensi della D.G.R. Regione Lombardia n. X/2569 del 31 ottobre 2014 e successive modifiche:

- Accreditamento in regime privatistico e/o convenzionato con il Sistema Sanitario Regionale della Lombardia per prestazioni di logopedia.
- Rispetto della normativa regionale vigente in materia di autorizzazione e accreditamento delle unità d'offerta sanitarie e sociosanitarie.
- Disponibilità di professionisti qualificati per interventi di logopedia in età evolutiva (fascia 3-6 anni).
- Esperienza documentata in interventi analoghi rivolti a bambini della scuola dell'infanzia.
- Rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (GDPR 2016/679) e sicurezza dei minori.

3. Documentazione allegata

Gli enti devono allegare:

1. Copia del **provvedimento di accreditamento** e/o convenzione SSR.
2. Curriculum e titoli professionali del personale coinvolto.
3. Dichiarazione delle esperienze pregresse in interventi di logopedia in età evolutiva del Responsabile della struttura (specificando la data di inizio attività).
4. Eventuali ulteriori certificazioni o documentazione a supporto.

4. Dichiarazione sostitutiva

Il sottoscritto _____, in qualità di legale rappresentante dell'ente,
dichiara sotto la propria responsabilità:

- che tutte le informazioni fornite nel presente modulo sono veritiere;
- di essere a conoscenza che eventuali dichiarazioni false comportano esclusione dalla procedura;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 (GDPR)**.

Luogo e data: _____

Firma del legale rappresentante: _____