

**Avviso pubblico per la presentazione di istanze di manifestazione di interesse alla sottoscrizione di convenzioni, senza carattere di esclusiva, per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione in favore di infortunati sul lavoro e tecnopatici.**

## **Allegato 1**

Istanza di partecipazione all'Avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per  
l'erogazione di prestazioni di riabilitazione

Il/la sottoscritto/a (cognome, nome) \_\_\_\_\_

in qualità di legale rappresentante pro tempore della \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

domiciliato per la carica nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

(via, piazza) \_\_\_\_\_

Tel./cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

con ambulatorio/studio (indicare tutte le sedi)

In via \_\_\_\_\_ nel comune

di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ partita iva \_\_\_\_\_

CHIEDE

di partecipare all'Avviso pubblico per la sottoscrizione di convenzioni per l'erogazione di prestazioni di riabilitazione di cui all'All. A all'Avviso evidenziate nello schema seguente con segno affermativo (SI) in corrispondenza delle prestazioni di interesse

<b>ELENCO PRESTAZIONI INTEGRATIVE LIA</b>	<b>TARIFE IN EURO</b>	<b>Disponibile Indicare SI/NO</b>
<b>IDROMASSOTERAPIA 20 minuti</b>	<b>10</b>	
<b>IPERtermia 15 minuti</b>	<b>15</b>	
<b>GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA</b>	<b>10</b>	
<b>IONOFRESI 30 minuti</b>	<b>10</b>	
<b>TRAZIONE VERTEBRALE MECCANICA 20 minuti</b>	<b>15</b>	
<b>DIATERMIA AD ONDE CORTE O MICROONDE (RADARTEAPIA) 15 minuti</b>	<b>10</b>	
<b>MASSOTERAPIA DISTRETTUALE RIFLESSOGENA 15 minuti</b>	<b>15</b>	
<b>ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA (individuale) 30 minuti</b>	<b>20</b>	
<b>PRESSOTERAPIA 30 minuti</b>	<b>20</b>	
<b>LASERTEAPIA ANTALGICA 10 minuti</b>	<b>18</b>	
<b>ELETTROTEAPIA ANTALGICA (TENS) 20 MINUTI</b>	<b>10</b>	
<b>ULTRASUONOTERAPIA 10 minuti</b>	<b>10</b>	
<b>TECARTERAPIA MANUALE-AUTOMATICA (capacitiva e resistiva) 30 minuti</b>	<b>30</b>	
<b>ONDE D'URTO (eseguite dal medico)</b>	<b>40</b>	
<b>INFRAROSSI 15 minuti</b>	<b>10</b>	
<b>LASER TERAPIA AD ALTA POTENZA (H.I.L.T.) 15 minuti</b>	<b>18</b>	
<b>ONDE D'URTO RADIALI</b>	<b>40</b>	
<b>ONDE D'URTO FOCALIZZATE (eseguite dal medico)</b>	<b>70</b>	
<b>BENDAGGIO FUNZIONALE (compreso materiale)</b>	<b>20</b>	
<b>TAPING NEUROMUSCOLARE (compreso materiale)</b>	<b>15</b>	
<b>LINFODRENAGGIO MANUALE 40 min.</b> Esclusi i pazienti residenti con problematiche oncologiche e/o linfatiche conseguenti ad interventi chirurgici ed esiti di ustioni gravi	<b>30</b>	

## DICHIARA

che la Struttura \_\_\_\_\_ è in regola con le norme relative a:

- 1) Autorizzazione/accreditamento all'esercizio delle attività riabilitative di cui alle norme in materia;
- 2) Iscrizione ai rispettivi albi del personale medico, sanitario e tecnico;
- 3) Possesso delle specializzazioni richieste ai fini dell'esecuzione delle prestazioni;
- 4) Conseguimento dei crediti formativi obbligatori dei medici e del personale sanitario ai sensi della legge n. 201/2011 e s.m.i.;
- 5) Regolarità contributiva;
- 6) Rispetto delle normative in tema di sicurezza degli impianti e degli ambienti di lavoro;
- 7) Abbattimento delle barriere architettoniche di cui al D.P.R. n. 380/2001 e s.m.i.;
- 8) Insussistenza di condanne penali che comportino l'incapacità di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- 9) di voler ricevere ogni comunicazione all'indirizzo PEC: \_\_\_\_\_

## SI IMPEGNA

a comunicare le variazioni che dovessero intervenire nelle situazioni sopra dichiarate, nel periodo di vigenza della convenzione.

Si allega alla presente domanda copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e i documenti precisati nell'avviso (Modalità di partecipazione).

Altro: \_\_\_\_\_

In fede

(luogo, data)

Timbro e firma leggibile

\_\_\_\_\_