

Allegato

Alla Direzione Regionale	Campania
--------------------------	----------

PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2017
RICHIESTA DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Ente	
Denominazione	Associazione Temporanea di Scopo . Soggetto pubblico capofila - mandatario: Comune di Rotondi (AV)
con sede in	Rotondi
provincia	Avellino
via	Via Luciano Vaccariello sns
C.A.P.	83017
C.F./P.I.	80004150647
Referente da contattare	
Cognome e Nome	Pasquale Clemente
Tel.	3886586939
E-mail	commercio@comune.rotondi.av.it
PEC	commercio.rotondi@asmepec.it
Legale Rappresentante	
Cognome e Nome	Antonio Russo (Sindaco)
data e luogo di nascita	19/07/1961 a Lagunillas (Venezuela)
C.F.	RSSNTN61L1926140

**MANIFESTA L'INTERESSE
AD ADERIRE AL PROGETTO HCP 2017**

Nella regione	Campania
---------------	----------

Segnala che è competente a svolgere la propria attività relativamente agli utenti residenti nei seguenti comuni *partner*

Comune	Rotondi
C.A.P.	83017
Comune	Capriglia Irpina
C.A.P.	83010
Comune	Altavilla Irpina
C.A.P.	83011
Comune	Grottolella
C.A.P.	83010
Comune	Montefredane
C.A.P.	83030
Comune	Chianche
C.A.P.	83010
Comune	Petraro
C.A.P.	83010
Comune	Torrioni
C.A.P.	83010
Comune	Pratola Serra
C.A.P.	83039

Comune	Pietrastornina
C.A.P.	83015
Comune	Roccabascerana
C.A.P.	83016
Comune	S. Martino Valle Caudina
C.A.P.	83018
Comune	Cervinara
C.A.P.	83012
Comune	Tufo
C.A.P.	83010

PROPONE DI EROGARE LE SEGUENTI PRESTAZIONI INTEGRATIVE

Descrizione prestazione integrativa	Erogazione		Tipo unità	Costo massimo unità
A) Servizi professionali domiciliari resi da operatori socio-sanitari ed educatori professionali	SI		ora	22 euro
B) Altri servizi professionali domiciliari	SI		ora	22 euro
C) Servizi e strutture a carattere extra domiciliare	SI		ora	18 euro
D) Sollievo	SI		ora	18 euro
E) Trasferimento assistito	SI		servizi	40 euro
F) Pasto		NO	servizi	
G) Supporti	SI			300 euro
H) Percorsi di integrazione scolastica	SI		ora	22 euro
I) Servizi di intervento per la valorizzazione delle diverse abilità e per l'inserimento occupazionale	SI		ora	22 euro
J) Servizi per minori affetti da autismo	SI		ora	22 euro
K) Servizio di attività sportive rivolte ai diversamente abili	SI		ora	22 euro
L) Proposta di altri servizi (*)		NO		

(*) Servizio proposto	(*) Illustrazione del servizio proposto



legale rappresentante

(firmare e timbrare)

R. Russo

Prot. n. 10 del 10/04/2017

(Allegare sempre un documento d'identità in corso di validità)