

**Al Comune di Amantea**  
 Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale 3  
 PEC: hcpats3amantea@pec.comune.amantea.cs.it

## ISTANZA ACCREDITAMENTO HCP 2025/2028

**per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025 - INPS - Gestione Dipendenti Pubblici"**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ [ ]  
 in qualità di \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_  
 con codice fiscale n. \_\_\_\_\_  
 con partita IVA n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
 PEC \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di "prestazioni integrative" di cui al progetto "Home Care Premium 2025 - INPS - Gestione Dipendenti Pubblici".

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall' art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

### DICHIARA

- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
- di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
- di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accreditamento dal \_\_\_\_\_ indicare denominazione Albo \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_.

**Si precisa che per le figure professionali di OSS e OSA non è prevista Iscrizione all'Albo ma è necessario il possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale;**

- di impegnarsi ad adempiere alle prescrizioni di cui all'art. 18 del Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025, assistenza domiciliare;
- di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
- le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico emanato dal Comune di Amantea, capofila dell'Ambito Territoriale 3;
  - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
- di essere consapevole che dall'iscrizione all'Elenco non deriva nessun un obbligo giuridico da

attribuirsi all'Amministrazione comunale;

di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica/PEC (*inserire quella di interesse*)\_\_\_\_\_;

di obbligarsi ad erogare la prestazione integrativa secondo il proprio tariffario riportato in successiva tabella, consapevole che lo stesso tariffario sarà oggetto di convalida da parte dell'ente INPS;  che intende accreditarsi per le seguenti prestazioni integrative con applicazione delle relative tariffe (*barrare con una x*):

Barrare			Tariffa domiciliare (€)  INDICARE IMPORTO ORARIO+IVA SE DOVUTA € XXX + IVA XX %
<input type="checkbox"/>	A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da <b>terapista occupazionale</b> ;	
<input type="checkbox"/>	B	servizi professionali di <b>terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</b>	
<input type="checkbox"/>	C	servizi professionali di <b>psicologia e psicoterapia</b>	
<input type="checkbox"/>	D	servizi professionali di <b>fisioterapia</b>	
<input type="checkbox"/>	E	servizi professionali di <b>logopedia</b>	
<input type="checkbox"/>	F	servizi professionali di <b>biologia nutrizionale o dietistica</b>	
<input type="checkbox"/>	G1	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall' <b>educatore professionale sociosanitario</b>	
<input type="checkbox"/>	G2	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall' <b>educatore professionale socio pedagogico</b>	
<input type="checkbox"/>	H	servizi professionali di <b>infermieristica</b>	

<input type="checkbox"/>	I	<b>Servizi Operatore socio-sanitario OSS e da Operatore socio-assistenziale OSA</b>	
--------------------------	---	---	--

di essere consapevole che l'Ufficio di Piano del Comune di Amantea intende attivare le prestazioni integrative rispondenti al maggior bisogno riservandosi quindi, rispetto alle potenziali candidature di accreditamento, di attivare anche solo 3 (tre) delle prestazioni sopra indicate che risulta essere il numero necessario per il convenzionamento con INPS;

<input type="checkbox"/> <b>di essere libero professionista</b> <b>Iscrizione:</b> <input type="checkbox"/> INPS sede di _____ cap. _____ via _____ matricola _____ <input type="checkbox"/> INAIL sede di _____ cap. _____ via _____ matricola _____ <input type="checkbox"/> Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____; <input type="checkbox"/> P.IVA _____  
---

<input type="checkbox"/> <b>di essere professionista dipendente di:</b> denominazione studio associato o società _____  Via _____ n. _____ Cap _____ Comune _____ [ ] P.IVA _____ Tel. _____ pec _____ Iscrizione <input type="checkbox"/> INPS sede di _____ cap. _____ via _____ matricola _____ <input type="checkbox"/> INAIL sede di _____ cap. _____ via _____ matricola _____ <input type="checkbox"/> Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____; <b>nel caso di Società Cooperative sociali</b> <input type="checkbox"/> essere iscritti, se cooperativa, all'Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i.; <input type="checkbox"/> di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
--

essere in regola, secondo la vigente normativa, in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro – D.Lgs. 81/08;

(*se ricorre il caso*) essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99

di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n.2016/679 e del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196;

che, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali "sono stato informato di quanto segue: i dati personali raccolti dal Comune di Amantea in qualità di Capofila dell'Ambito saranno trattati, con e senza l'ausilio di strumenti elettronici, per l'espletamento delle attività istituzionali relative al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L. 241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente.

Titolare del trattamento è il Comune di Amantea.

Luogo e data

Firma

---

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di Identità.