Oggetto: istanza per l'accreditamento di professionisti disponibili ad erogare le prestazioni integrative nell'ambito del progetto "Home Care Premium 2025".

Il/la sottoscritto/a

nato/a il

residente a prov. cap

in via n.

telefono e-mail

codice fiscale

(se in possesso) partita IVA

indirizzo mail PEC

CHIEDE

l'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto *Home Care Premium 2025* finanziato da Inps per il Distretto Socio Sanitario D40

A tale scopo chiede l'iscrizione per la/e seguente/i prestazione/i:

(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione ed indicare accanto la tariffa oraria proposta e la percentuale iva da applicare, solo se dovuta al professionista)

	PRESTAZIONE	TARIFFA ORARIA NETTA	IVA (SE DOVUTA)
A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale	€	%
B	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva		
C	servizi professionali di psicologia e psicoterapia		
D	servizi professionali di fisioterapia		
E	servizi professionali di logopedia		
F	servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica		
G	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall' educatore professionale socio pedagogico		

H	servizi professionali di infermieristica		
I	servizi professionali di cura e di assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) .		

A tale, fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo articolo 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

- Di essere iscritto al corrispondente **Albo Professionale**
 - n. di iscrizione
 - data di iscrizione
- di aver preso visione dell'Avviso di Manifestazione di interesse pubblicato dal Distretto, nonché dell'Avviso di Adesione al Progetto HCP 2025 rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali e agli Enti Pubblici e del Bando di Concorso Progetto HCP 2025 – Assistenza domiciliare e di accettarli in ogni sua parte;
- di essere libero professionista o dipendente dello studio associato o società.....con sedeC.F.....P.I.....
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo PEC o mail agli indirizzi su indicati;
- di essere in possesso dei requisiti professionali richiesti e, senza alcuna remunerazione aggiuntiva, di essere disponibile all'apprendimento delle funzionalità tecniche ed operative degli strumenti tecnologici in uso agli utenti, all'ATS ed all'INPS;
- di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023 qui richiamati in via analogica;
- di essere consapevole che nessun obbligo giuridico deriva ai Comuni del Distretto SS 40 dall'iscrizione nell'elenco dei professionisti accreditati;
- di impegnarsi a far fronte ai bisogni degli utenti nel rispetto di quanto previsto nei piani assistenziali individuali (PAI) redatti dall'Inps;
- che il soggetto è dotato di adeguate coperture assicurative volte a garantire le persone destinatarie del servizio, gli operatori e i soggetti terzi per danni imputabili a soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;
- di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese avverrà da parte dell'INPS, solo ed esclusivamente a seguito di caricamento della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito web e solo previa vidimazione della stessa da parte dell'utente beneficiario, a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio;
- di essere informato, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
 - di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza.

SI ALLEGA:

- Curriculum Vitae aggiornato redatto in formato europeo: il curriculum vitae del candidato attestante i titoli e le esperienze professionali posseduti, contenente una autodichiarazione di veridicità dei dati e delle informazioni contenute, ai sensi degli artt. 38-46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione della relativa qualifica professionale, limitatamente alle figure di OSS e OSA.
- Dichiarazione sostitutiva antimafia
- Modulo dichiarazione antimafia.

N.B. Se il professionista è dipendente di studi associati o società/enti, i moduli di cui alla lettera d) ed e) devono essere compilati anche dalla società.

Data

Il professionista

.....

N.B. *Relativamente agli allegati le autocertificazioni richieste possono essere prodotte solo nelle forme e con le modalità di cui al D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni.*

Ai fini dell'iscrizione all'elenco non verranno considerate ammissibili altre forme di autocertificazione ovvero la produzione di documentazione in luogo di certificazione, se non effettuate secondo le disposizioni legislative vigenti.