

pec:

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 45

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 terapeuta occupazionale	€	%
B	Servizi professionali di terapia della neuropsicomotricità 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 sociopedagogico		
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 socio sanitario (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 possedere l'attestato della seguente qualifica professionale(OSS/OSA)
- 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 domiciliaree relative integrazioni e di accettarli in ogni sua parte;
- di essere libero professionista o dipendente dello studio associato o società.....
- 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 45 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 / si impegna a dotarsi 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:

- copia di un documento d'identità in corso di validità
- curriculum vitae
- copia iscrizione albo professionale o attestato di qualifica (solo per OSS e OSA)

DataIl 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 il luogo di certificazione, se non effettuate secondo le disposizioni legislative vigenti.*