

PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025 (Validità dal 01.07.2025 al 30.06.2028)

OGGETTO: Richiesta di iscrizione nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative del progetto Home Care Premium 2025

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ prov. _____
cap _____ in via _____ n. _____
telefono _____
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 n.16 (Catania- Misterbianco- Motta S. Anastasia) , Ente Capofila Comune di Misterbianco.

A tale scopo barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione

- a) terapeuta occupazionale per l'erogazione di servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana,;
- b) terapeuta di neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
- c) psicologo e/o psicoterapeuta;
- d) biologo nutrizionale;
- e) fisioterapeuta;
- f) logopedista;
- g) educatore professionale sociosanitario e/o educatore professionale socio pedagogico per servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati
- h) infermiere professionale.

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 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 483 del Codice Penale per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

☐ Di essere in possesso del seguente titolo di studio:

conseguito presso _____
in data _____;

☐ Di essere iscritto al corrispondente Albo Professionale _____
• n. di iscrizione _____;

- data di iscrizione _____;
 - p. IVA _____;
- ☐ di proporre la seguente tariffa oraria lorda, iva compresa € _____
 - ☐ di aver preso visione dell'Avviso di procedura di evidenza pubblica per la presentazione di manifestazioni di interesse per la costituzione di un elenco di professionisti erogatori di prestazioni integrative per i dipendenti e pensionati pubblici, iscritti alla gestione unitaria prestazioni creditizie e sociali, per i loro coniugi, per parenti di primo grado non autosufficienti e di accettarlo in ogni sua parte;
 - ☐ di aver preso visione ed accettare le condizioni previste nel Bando di Concorso Progetto Home Care Premium 2025-Assistenza domiciliare;
 - ☐ di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo PEC 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'ADS 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 impegnarsi a far fronte ai bisogni degli utenti nel rispetto di quanto previsto nei piani assistenziali individuali (PAI) redatti dall'Inps;
 - ☐ di essere 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 con cadenza mensile, solo ed esclusivamente a seguito di caricamento della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito web Inps 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 prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da Inps;

SI ALLEGA:

- copia di un documento d'identità in corso di validità (se firma olografa);
- copia iscrizione Albo Professionale.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del D. Lgs 30/06/2003, n. 196)

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Luogo e data

Il Dichiarante

.....

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

