Spett.le Ambito Territoriale Sociale 21

Ente capofila

Comune di San Benedetto del Tronto

Viale A. De Gasperi, 124

OGGETTO: DOMANDA DI ADESIONE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI “HOME CARE PREMIUM 2025-2028”. ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

Il sottoscritto

Nato il a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ \_]

In qualità di

con sede in

Via

con codice fiscale n.

con partita IVA n.

tel. cell.

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 per i seguenti servizi: *(barrare la casella che interessa)*

* servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita

quotidiana, **effettuati da terapista occupazionale**

* servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
* servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
* servizi professionali di **fisioterapia**
* servizi professionali di **logopedia**
* servizi professionali di **biologia nutrizionale**
* servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori e adulti con disabilità, effettuati **dall’educatore professionale sociosanitario o dall’educatore professionale socio pedagogico**
* servizi professionali di **infermieristica**
* 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 e figure equivalenti rispetto alle differenti nomenclazioni regionali)**

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 libero professionista Iscrizione:**
* INPS sede di cap. via matricola
* INAIL sede di cap. via matricola
* Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di dal ;
* P.IVA
* **di essere professionista dipendente di studio associato o società o Cooperativa**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Iscrizione:
* INPS sede di cap. via matricola
* INAIL sede di cap. via matricola
* Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di dal ;

***nel caso di Società Cooperative sociali***

* ☐ 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.;

☐ **di chiedere l’accreditamento per la/e seguente/i prestazione/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**per conto del proprio dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***(ripetere per ogni diverso dipendente/prestazion*e)**

* essere iscritto presso l’Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l’accreditamento

dal *Indicare denominazione Ordine*

;

* 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, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sottoindicate prestazioni integrative, con le relative tariffe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PRESTAZIONE** | **TARIFFA**  *Indicare importo orario + IVA se dovuta* |
| **A** | Si Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da ***terapista occupazionale*** | € xxx + IVA xx % |
| **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*** |  |
| **G** | S servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori e adulti con disabilità, 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 e figure equivalenti rispetto alle differenti nomenclazioni regionali). |  |

# Dichiara inoltre,

* di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
  + le norme e le disposizioni contenute nell’Avviso pubblicato dall’Ats21 – Ente capofila;
  + le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
* di aver preso visione del contenuto e dei requisiti di ciascun servizio e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
* di essere consapevole che:
  + nessun obbligo giuridico deriva dall’iscrizione all’Elenco da attribuirsi all’Ats21 – Ente capofila;
  + tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco;
* di accettare che tutte le comunicazioni dell’Ats avvengano a mezzo PEC O posta elettronica, nonché,

in aggiunta tramite raccomandata A/R;

* 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:
  + che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del General Data Protection Regulation (GDPR) – Regolamento Generale sulla Protezione Dati (Regolamento UE n. 2016/679), esclusivamente nell’ambito della procedura di cui al presente Avviso Pubblico.

Titolare del trattamento è l’Ats21 Ente Capofila nella persona della Dott.ssa Maria Simona Marconi tel.0735.794475 mail: homecare@comunesbt.it

# Se non firmata digitalmente l’istanza deve essere corredata da copia fotostatica di un documento d’identità

**del sottoscrittore.**

Luogo e data

Timbro e Firma