



COMUNE DI VIGGIANELLO
CAPOFILA AMBITO SOCIO TERRITORIALE N. 2
LAGONEGRESE-POLLINO



Calvera, Carbone, Castelluccio Inferiore, Castelluccio Superiore, Castelsaraceno, Cersosimo, Chiaromonte, Episcopia, Fardella, Francavilla In Sinni, Lagonegro, Latronico, Lauria, Maratea, Nemoli, Noepoli, Rivello, Roccanova, Rotonda, San Costantino Albanese, San Paolo Albanese, San Severino Lucano, Senise, Teana, Terranova di Pollino, Trecchina, Viggianello

Allegato B – Modello di domanda

Al Comune di VIGGIANELLO
Ente Capofila
Ambito Socio Territoriale n° 2 Lagonegrese Pollino
ambito_lagonegrese_pollino@pec.it

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI "HOME CARE PREMIUM 2025-2028". RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI PROFESSIONISTI.

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ [____]

Residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

In via _____ n. _____

con codice fiscale n. _____

tel. _____ cell. _____

PEC _____

e-mail _____

☐ **Libero Professionista Titolare di Partita IVA:** _____

in alternativa:

(inserire di seguito i dati della società o studio associato)

☐ **Dipendente dello studio associato o società** _____

P.IVA _____ **PEC** _____ **Tel.** _____

legalmente rappresentato da _____ **nato a** _____

il _____ **codice fiscale** _____

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti e fragili nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025 - INPS - Gestione Dipendenti Pubblici per la seguente prestazione integrativa: *(barrare la casella di interesse)*

BARRARE LA CASELLA	PRESTAZIONE	Tariffa <i>(indicare importo orario)</i>
	Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutive	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di psicologia e psicoterapia	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di fisioterapia	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di logopedia	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall' educatore professionale socio pedagogico	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di infermieristica	Domiciliare € _____ Studio € _____
	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) .	Domiciliare OSS € _____ Domiciliare OSA € _____

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 essere iscritto al relativo Albo Professionale _____ al n. _____ *(non compilare per prestazioni OSS ed OSA)*.
- di essere libero professionista titolare di P.IVA o dipendente di società/studio associato all'atto della sottoscrizione della presente domanda.
- di aver preso visione e di accettare il Bando Home Care Premium 2025 pubblicato dall'INPS il 26/03/2025 e l'Avviso di cui all'oggetto;
- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
- 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;
- di 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;

DICHIARA INOLTRE,

- di aver preso visione, conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente le disposizioni contenute nella Manifestazione di interesse pubblicata dal Comune di Viggianello, Capofila dell'Ambito Socio Territoriale n° 2 Lagonegrese Pollino;
- di aver preso visione del contenuto e dei requisiti di ciascun servizio e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
- di essere consapevole che nessun rapporto di lavoro viene ad instaurarsi tra il professionista accreditato e l'ATS;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.
- Consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che la copia della documentazione allegata alla presente domanda è **conforme all'originale** in proprio possesso ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000;

Allega:

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia attestazione della relativa qualifica professionale (allegare solo per operatore socio sanitario **OSS** e operatore socioassistenziale **OSA**).

Luogo e data

Timbro e Firma
