***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**  *(indicare importo orario)* |
|  | Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionela** | 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 sociosanitario **OSS** e operatore socioassistenziale **OSA)**.

Luogo e data

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

Timbro e Firma

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