Alla c.a

Azienda speciale Consortile Servizi Intercomunali

*Pec: consorziolodigiano@legalmail.it*

**Oggetto: Richiesta iscrizione all’elenco operatori attività integrative progetto HCP 2025.**

Il/la sottoscritto/a …............................................................................................................................................

nato/a …........................................................... Stato …................................................... il ...........................

residente a ….................................................................................. prov. …................. cap ......................

in via ….............................................................n. …....

telefono ….................................................... e-mail …................................................................................

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’inserimento nell’Albo dei professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto *Home Care Premium* *2025* finanziato da Inps.

A tale scopo chiede l’iscrizione per la seguente prestazione:

***(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l’iscrizione)***

* 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 e di dietistica**;
* servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati **dall’educatore professionale sociosanitario o dall’educatore professionale socio pedagogico**;
* servizi professionali di **infermieristica**, resi da infermieri professionali o Operatori Socio Sanitati (OSS)
* Servizi professionali di cura e 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) o da Operatore Socio Assistenziale (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 ……………………………..;
* oppure di non essere iscritto agli Albi di cui sopra ma di essere dipendente di studi associati o società

(indicare quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di aver preso visione dell’Avviso di Accreditamento e di accettarlo in ogni sua parte;
* di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo pec o PEO 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;
* che il soggetto si impegna 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 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 stabilita da INPS, 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:**

* curriculum vitae aggiornato;
* copia di un documento di identità in corso di validità;
* copia del titolo di studio;
* certificato di iscrizione all’albo (ove prevista);
* eventuali certificazioni di qualificazione o specializzazione;
* contratto di lavoro, nel caso in cui il soggetto che vuole accreditarsi è dipendente di uno studio o di una società.

Data ............................................

Il Legale Rappresentante

..............................................................

**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.*