



**All. A - "Istanza di partecipazione"**

All' Ambito Territoriale Sociale S8  
Piazza Vittorio Emanuele, 26  
84078 Vallo della Lucania (Sa)

**Oggetto: PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025" - Richiesta iscrizione all'elenco di professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative a seguito di integrazione INPS del 15/05/2025**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

**Categoria:**

Libero professionista con Partita IVA

dipendente dello studio associato o società/società cooperativa

Dipendente della società/studio \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_ con sede  
legale in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ codice fiscale/Partita Iva  
\_\_\_\_\_ indirizzo mail PEC \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

**l'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025 finanziato da Inps per l'Ambito Territoriale Sociale S8, Comune di Vallo della Lucania capofila, per lo svolgimento dei seguenti servizi professionali:**

- servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta 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 dietista;
- servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico;
- servizi professionali di infermieristica;
- servizi professionali di cura e di assistenza effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA);

a fronte di una tariffa oraria pari ad Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

*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/a al seguente Albo/Ordine Professionale \_\_\_\_\_  
n. di iscrizione \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ data di iscrizione \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il seguente titolo di studio \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso di Partita IVA \_\_\_\_\_;
- di essere dipendente dello studio associato o della società/società cooperativa \_\_\_\_\_  
avente sede legale in \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ C.F./Partita IVA \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso della attestazione della relativa qualifica di operatore sociosanitario (OSS) o di operatore socioassistenziale (OSA);
- 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 mail agli indirizzi suindicati;
- 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 al soggetto erogatore;

- 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 validazione 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;
- di autorizzare l'Ambito Territoriale S8 ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
- di essere a conoscenza che con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria ma solo elenchi che potranno essere consultati dai beneficiari per la scelta autonoma del professionista al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;
- di autorizzare l'Ambito Territoriale S8 al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D. Lgs. 196/2003 e dal regolamento UE 2016/679;
- di essere disponibile, qualora sprovvisti, ad aprire partita iva entro il giorno 8 Giugno 2025.

**SI ALLEGA:**

- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- copia certificato di iscrizione Albo/Ordine Professionale/ Attestato di qualifica professionale;
- dichiarazione attestante il possesso di Partita Iva (Per Liberi Professionisti);
- autorizzazione del legale rappresentante dello studio associato/società/società cooperativa (Per Dipendenti);

Data \_\_\_\_\_

Il Professionista/Dipendente

\_\_\_\_\_