



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

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

in via _____ n. _____

codice fiscale _____

telefono _____ e-mail _____

PEC _____

partita IVA n. _____

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.

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 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;

☐ 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

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 voi indicate

DICHIARA

☐ Di essere iscritto/a al seguente Albo/Ordine Professionale _____

n. di iscrizione _____;

data di iscrizione _____;

☐ 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;

DICHIARA altresì

di impegnarsi a fornire le sotto indicate prestazioni integrative nel rispetto degli importi minimi e massimi previsti nell'Avviso consapevole che le tariffe proposte, prima della stipula della Convenzione, saranno assoggettate all'approvazione della Direzione Centrale Credito Welfare e Strutture Sociali dell'INPS, alla quale spetta la verifica di congruità:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	TARIFFA PROPOSTA (<i>indicare importo orario comprensivo di IVA se dovuta</i>)
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	
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 ¹	
servizi professionali di infermieristica	

SI ALLEGA:

- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- copia certificato di iscrizione Albo/Ordine Professionale;
- dichiarazione attestante il possesso di Partita Iva.

Data _____

Il Professionista
