

AMBITO TERRITORIALE N25
Comune Capofila Pomigliano d'Arco
P.zza Municipio
80038 Pomigliano d'Arco (NA)

Allegato B– Istanza Accreditamento Professionisti
“HOME CARE PREMIUM 2025-2028”

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ [_____]

Residente in _____

Via _____

codice fiscale n. _____

con partita IVA n. _____

tel. _____ cell. _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di "prestazioni integrative" di cui al progetto "Home Care Premium 2025 –2028 INPS – Gestione Dipendenti Pubblici per i seguenti servizi: *(barrare la casella che interessa)*

- ☐ 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**
- ☐ servizi professionali di **cura e di assistenza alle persone in condizioni di disabilità OSA**
- ☐ servizi professionali di **cura e di assistenza alle persone in condizioni di disabilità OSS**

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 in possesso dei requisiti generali richiesti dall'Avviso:
- a. essere in possesso della cittadinanza italiana e/o di un altro Paese appartenente all'Unione Europea;
 - b. godere dei diritti civili e politici;
 - c. non aver riportato condanne penali passate in giudicato e per reati che comportano l'interdizione dai pubblici uffici e né avere procedimenti penali in corso
 - d. idoneità fisica allo svolgimento dell'incarico
- ☐ di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
- ☐ di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
- ☐ di essere iscritto:

INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

- ☐ avere conseguito il seguente titolo di studio (indicare anno del conseguimento e Università _____)
- ☐ essere iscritto presso l'Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accREDITAMENTO dal _____ *Indicare denominazione Ordine* _____;
- ☐ essere in possesso della seguente attestazione professionale (OSA -OSS) _____;
- ☐ 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;
- ☐ che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sottoindicate prestazioni integrative, con le relative tariffe;
- ☐ Di essere in possesso della partita IVA n. _____;
- ☐ Di non essere in possesso della partita IVA _____

	PRESTAZIONE	TARIFFA <i>Indicare importo orario + IVA se dovuta</i>
A	<i>servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale</i>	€ xxx + IVA xx %
B	<i>servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</i>	
C	<i>servizi professionali di psicologia e psicoterapia</i>	
D	<i>servizi professionali di fisioterapia</i>	
E	<i>servizi professionali di logopedia</i>	
F	<i>servizi professionali di biologia nutrizionale</i>	
G	<i>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</i>	
H	<i>servizi professionali di infermieristica</i>	
I	<i>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)</i>	

Dichiara inoltre,

- ☐ di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
- le norme e le disposizioni contenute nella Manifestazione di Interesse pubblicata d'Ambito N25
 - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
- ☐ di aver preso visione del contenuto e dei requisiti di ciascun servizio e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
- ☐ di essere consapevole che:

- nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi all'Ambito N25;
- tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco;

☐ di accettare che tutte le comunicazioni dell'Ambito N25 avvengano a mezzo posta elettronica, nonché, in aggiunta e a discrezione, via fax e/o a mezzo posta;

☐ che, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" sono stato informato di quanto segue:

--i dati personali raccolti dall'udp, saranno trattati, con e senza l'ausilio di strumenti elettronici, per l'espletamento delle attività istituzionali relative al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L.241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente.

VANNO ALLEGATI ALLEGA ALLA DOMANDA

Curriculum Vitae **Attestazione relativa alla qualifica**

Luogo e data

Timbro e Firma
(firmato digitalmente)
