



ZONA SOCIALE N. 2 COMUNE DI PERUGIA COMUNE DI CORCIANO COMUNE DI TORGIANO

- All'attenzione U.O. Servizi Sociali
Comune di Perugia
pec: comune.perugia@postacert.umbria.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". ISTANZA DI ACCREDITAMENTO
-----------------	--

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ [____]

In qualità di _____

con sede in _____

Via _____

con 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 – 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 **terapista occupazionale**

- servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
- servizi professionali di **fisioterapia**
- servizi professionali di **logopedia**
- servizi** specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall'**educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**
- servizi professionali di **infermieristica**
- servizi professionali di **OSS (Operatore Socio Sanitario)**
- servizi professionali di **OSA (Operatore socio Assistenziale)**

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 non trovarsi nelle condizioni previste dagli 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 libero professionista

Iscrizione:

INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____;

P.IVA _____

di essere professionista dipendente di:

denominazione studio associato o società _____

Via _____ n. _____ P.IVA _____

Tel. _____ pec _____

Iscrizione

INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____;
nel caso di Società Cooperative sociali

essere iscritti, se cooperativa, all'Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i.;

di essere iscritto presso l'Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accreditamento _____
Indicare denominazione Ordine

NR. Iscrizione _____ del _____;

OSS iscrizione albo non previsto

OSA iscrizione albo non previsto

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;

(*se ricorre il caso*) 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;

che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative, con le relative tariffe

	PRESTAZIONE	TARIFFA c/o studio <i>Indicare importo orario IVA inclusa se dovuta</i>	TARIFFA c/o domicilio <i>Indicare importo orario IVA inclusa se dovuta</i>
A	servizi professionali di psicologia e psicoterapia		
B	servizi professionali di fisioterapia		
C	servizi professionali di logopedia		
D	<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>		

E	servizi professionali di infermieristica		
F	servizi professionali di OSS (Operatore Socio Sanitario)		
G	servizi professionali di OSA (Operatore Socio Assistenziale)		

Dichiara inoltre,

di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:

- le norme e le disposizioni contenute nella Manifestazione di Interesse pubblicata;
- 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'Unione dei Comuni;
- 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 della Zona Sociale n.2 avvengano a mezzo posta elettronica, pec, nonché, in aggiunta e a discrezione, 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 dal Comune di Perugia
- 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.

Le cooperative sociali possono richiedere l'accreditamento mediante la trasmissione di un elenco analitico dei propri professionisti dipendenti coinvolti nel progetto, riportante per ciascuno i riferimenti di iscrizione agli albi professionali oppure, per quanto riguarda OSA e OSS, l'attestazione del possesso della relativa qualifica.

Luogo e data _____

Timbro e Firma

ALLEGATI DA PRODURRE:

- **documento di identità**
- **attestato titolo di studio**