|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Comune di**  **Manfredonia** | **Comune di**  **Monte Sant’Angelo** | **Comune di**  **Mattinata** | **Comune di Zapponeta** |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AMBITO TERRITORIALE DEI COMUNI DI**

**MANFREDONIA MONTE SANT’ANGELO MATTINATA ZAPPONETA**

**ASL FG – DISTRETTO DI MANFREDONIA**

Via San Lorenzo, n. 47 – tel. 0884/519631-232

e-mail: ufficiodipiano@comune.manfredonia.fg.it

All’Ambito Territoriale di Manfredonia

**ESCLUSIVAMENTE A MEZZO PEC**

ufficiodipiano@comunemanfredonia.legalmail.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER ACCREDITAMENTO OPERATORI PROFESSIONALI – PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025-2028**

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

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

* di essere inserito nell’elenco dei professionisti per l’erogazione di prestazioni integrative a favore dei beneficiari del Progetto “Home Care Premium 2025 – Assistenza domiciliare”, promosso dall’INPS, per lo svolgimento del seguente servizio professionale (barrare una sola casella, in caso di soggetto in possesso di più qualifiche professionali, il medesimo dovrà inoltrare istanze distinte):

□ 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;

□ 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;

* la tariffa oraria di Euro/ora \_\_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_\_\_%) – partita IVA;
* la tariffa oraria onnicomprensiva di Euro/ora \_\_\_\_\_\_ – dipendente di studio associato o società;

A tal fine, consapevole, ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali cui va incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato DPR 445/2000 e del fatto che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sono considerate come fatte a pubblico ufficiale, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell’AVVISO PUBBLICO PER ACCREDITAMENTO OPERATORI PROFESSIONALI – PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025-2028 e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;

b. di aver conseguito il seguente titolo di studi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

- di essere iscritto nel seguente Albo Professionale:

albo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sezione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anno di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere in possesso di Partita IVA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere dipendente del seguente studio associato o società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per lo svolgimento dell’incarico;

- di non avere in corso procedimenti penali, procedimenti amministrativi per l'applicazione di misure di sicurezza o di prevenzione o precedenti penali a proprio carico iscrivibili nel casellario giudiziale, ai sensi dell’articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313;

- di essere in regola con l’assolvimento degli obblighi contributivi;

- di autorizzare l’Ambito Territoriale di Manfredonia ad inserire il proprio nominativo nell’elenco nella piattaforma dedicata INPS;

- 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, che instaura rapporti di collaborazione con l’INPS, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;

- di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva

comunicazione all’Ambito Territoriale Sociale di Manfredonia, ai fini dell’assunzione dei conseguenti provvedimento di competenza di quest’ultimo, compresa l’eventuale cancellazione dall’elenco;

- di autorizzare l’Ambito Territoriale di Manfredonia al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D. Lgs. n.196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679.

Si allega alla presente:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità e della tessera sanitaria;
2. l’attestazione di iscrizione al corrispondente albo professionale (in caso di soggetto in possesso di più qualifiche professionali, il medesimo dovrà inoltrare istanze distinte);
3. Curriculum Vitae;
4. Eventuali attestazioni;
5. Copia partita IVA, se posseduta;
6. Contratto di lavoro, se dipendenti di studi associati o società.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_