

Al Comune di Lercara Friddi
Ente Capofila del

DISTRETTO SOCIO SANITARIO D38

PEC: comune.lercarafriddi@pec.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE
per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative
nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025"

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap _____

in via _____ n. _____ tel _____ cell _____

e-mail _____ pec _____

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 2025-2028* finanziato da Inps.

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 **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 e di dietistica** (*come da integrazione INPS del 15.05.2025);
- ☐ servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive (*come da integrazione INPS del 15.05.2025), 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 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)** (*come da integrazione INPS del 15.05.2025)

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

DICHARA

- ☐ Di essere iscritto al corrispondente **Albo Professionale** _____
 - n. di iscrizione _____;
 - data di iscrizione _____;
- ☐ Di essere in possesso dell'attestazione di qualifica professionale di: _____
 _____ (solo per le prestazioni di OSS ed OSA)
- ☐ di essere in possesso di numero di partita IVA _____
 o in alternativa di essere dipendente del seguente studio associato o società _____
 _____ con sede a _____
 C.F. _____; partita IVA _____
- ☐ di aver preso visione dell'Avviso e di accettarlo in ogni sua parte;
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo pec agli indirizzi su indicati;
- ☐ 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, al Distretto Socio Sanitario D38 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;
- ☐ Di obbligarsi ad erogare la prestazione integrativa secondo il seguente tariffario, consapevole che lo stesso sarà oggetto di convalida da parte dell'INPS:

- ☐ 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 a soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;
- ☐ 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 vidimazione 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;

SI ALLEGA:

- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- copia iscrizione Albo Professionale o copia dell'Attestato di Qualifica
- Curriculum Vitae.

Data _____

Firma
