

Allegato 1)

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE
12
Piazza del Municipio, 1
60015 Falconara Marittima (AN)

Pec: comune.falconara.protocollo@emarche.it

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____

Via _____ n. civico _____

codice fiscale n. _____

partita Iva n _____

oppure

dipendente presso _____

Iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine _____ Iscrizione n. _____

del _____

tel. _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere accreditato all'elenco di professionisti attuatori di "prestazioni integrative" di cui al progetto INPS "Home Care Premium 2025.

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 di numero di partita IVA per l'attività specificata oggetto di richiesta di accreditamento e inoltre di essere iscritto presso l'Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accREDITAMENTO;

di essere dipendente dello studio associato/Società _____

con sede a _____ in Via _____ n. _____

codice fiscale _____

partita IVA _____

Dichiara inoltre,

- di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
- le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico emanato dal Comune di Falconara Marittima, Ente Capofila dell' Ambito Territoriale Sociale 12;
 - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;

di aver preso visione del contenuto, dei requisiti e degli standard di qualità di ciascun servizio, analiticamente descritti nel Bando INPS "Home Care Premium 2025" art 3 "Descrizione delle Prestazioni Integrative" e di accettarli integralmente e incondizionatamente;

- di essere consapevole che:
- nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi all'Amministrazione Comunale;
 - la partecipazione alla presente procedura di accreditamento è a titolo gratuito;

di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica certificata.

Dichiara infine,

che, sulla base dei Piani Assistenziali potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative (indicare la lettera per cui si intende erogare la prestazione):

A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale
B	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
C	servizi professionali di psicologia e psicoterapia
D	servizi professionali di fisioterapia
E	servizi professionali di logopedia

