Allegato 1)

ALL'AMBITO TERITTORIALE 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 _____

Attestato di qualifica OSS/OSA conseguito in data _____

presso_____

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**
F	servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietistica**
G	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori di età e adulti con disabilità, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**
H	servizi professionali di **infermieristica**
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**)

□ di obbligarsi ad erogare la prestazione integrativa secondo il seguente tariffario, conforme ove presente al tabellario con minimi e massimi previsti dal proprio albo di appartenenza (indicare prestazioni e tariffe orarie):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

□ di obbligarsi ad erogare la prestazione integrativa a domicilio, laddove richiesto dal beneficiario, per almeno la metà delle ore;

□ 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 Falconara Marittima – Ente Capofila dell'A.T.S. 12 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. Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Falconara Marittima – Ente Capofila dell'A.T.S. 12 nella persona della Dott.ssa Chiara Frangione.

Luogo e data Firma

_____

N.B. La dichiarazione deve essere firmata digitalmente oppure corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità