**Modello Allegato A**

 **Ufficio di Piano ADS 14 “Alto Vastese”**

 **ECAD Comune di MONTEODORISIO**

 **PEC: ecad14altovastese@legalmail.it**

***AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L’ACCREDITAMENTO DI PROFESSIONISTI SANITARI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL’AMBITO DEL PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2025-2028.***

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 professionisti sanitari qualificati per l’erogazione delle prestazioni integrative nell’ambito del Progetto INPS Home Care Premium 2025-2028.**

A tal fine, anche 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**

1. che non sussistono nei propri confronti le cause di esclusione di cui all’art. 94 del d.lgs. n. 36/2023;

2. di essere iscritto al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso il seguente Ordine Professionale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. di impegnarsi a rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;

4. 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;

5. di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente le norme e le disposizioni contenute nell’Avviso pubblico per l’istituzione di un elenco di professionisti sanitari qualificati per l’erogazione delle prestazioni integrative nell’ambito del Progetto INPS Home Care Premium 2025-2028;

6. di accettare che tutte le comunicazioni dell’Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica certificata al proprio indirizzo sopra indicato;

7. di essere informato che ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

8. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra variazione rilevante dei dati e/o dei requisiti richiesti per la partecipazione alla presente procedura;

9. nell’ambito delle prestazioni per cui si è stati accreditati e senza alcuna remunerazione aggiuntiva, essere disponibili all’apprendimento delle funzionalità tecniche ed operative degli strumenti tecnologici in uso agli utenti e ai soggetti accreditati e alla partecipazione ad incontri di coordinamento gestionali a cura dell’Ufficio di Piano;

**DICHIARA** altresì

1. di impegnarsi a fornire le sotto indicate prestazioni integrative alle relative tariffe e di essere consapevole che le tariffe proposte, prima della stipula della Convenzione, saranno assoggettate all’approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali dell’INPS, alla quale spetta la verifica di congruità:

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE** | **TARIFFA****(*indicare* *importo orario e IVA se dovuta)*** |
| 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 |  |
| g) 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[[1]](#footnote-1) |  |
| h) servizi professionali di infermieristica |  |

**ALLEGA**

1. curriculum vitae;

2. fotocopia non autenticata di valido documento d’identità.

…………………………………., …..……………………..

[Luogo] [Data]

……………………………………

[Firma leggibile]

1. Con Chiarimento in data 11 aprile 2025, INPS ha precisato che la figura dell’educatore professionale sociosanitario di cui al DM 520/1998, prevista dall’art.17, comma 1, lettera g del Bando HCP 2025/2028, è da ritenersi riferita, in generale, sia a soggetti minori di età che a persone maggiorenni in condizioni di disabilità. Si precisa, altresì, che le funzioni socioeducative, oltre che riabilitative, come da legislazione vigente, potranno essere svolte dall’educatore professionale sociosanitario. [↑](#footnote-ref-1)