*Allegato – Modello di domanda*

**All’Unione di Comuni Città Territorio Val Vibrata**

**Ufficio servizi Sociali**

**Pec: unionecomunivalvibrata@pec.it**

**Oggetto: Istanza di accreditamento ed iscrizione all’elenco di professionisti per erogazione di prestazioni integrative nell’ambito del progetto Home Care Premium 2025.**

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

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’inserimento nell’elenco dei professionisti per l’erogazione delle “prestazioni integrative” previste dal progetto finanziato da INPS – Gestione dipendenti pubblici - Home Care Premium 2025

A tale scopo chiede l’iscrizione per la seguente prestazione:

(***barrare con una x la/e prestazione/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**;
* servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, 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)**.

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 iscritto all’Albo Professionale ……………………………………. corrispondente all’attività per cui si richiede l’accreditamento:
* n. di iscrizione ………………………………….
* data di iscrizione ……………………………….

La figura del professionista può essere censita esclusivamente per una sola categoria: liberi professionisti o dipendenti.

* di essere LIBERO PROFESSIONISTA:
* qualifica professionale: ……………………………….…………………………………….
* Partita IVA: ……………………………………………..…………………………………..
* di essere DIPENDENTE, autorizzato alla presente istanza dallo studio associato/società di appartenenza:
* qualifica professionale: ……………………………………………………………………..
* dati dello studio associato o società per la quale si è dipendente:
* denominazione: ……………………………………………………………….…………
* partita iva/ codice fiscale: ……………………………………………………….……….
* dati di contatto (tel./cell./e-mail): ……………………….……………………………….

……………………………………………………………………………………………

* di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
* 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;
* di aver preso visione e accettare integralmente e incondizionatamente:
* dell’Avviso di accreditamento emanato dall’Unione di Comuni Città Territorio Val Vibrata, Ambito Sociale Distrettuale n. 21 Val Vibrata;
* le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico INPS - Home Care Premium 2025;
* di aver preso visione del contenuto, dei requisiti e degli standard di qualità di ciascun servizio e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
* di essere consapevole che a seguito dell’iscrizione all’Elenco di professionisti accreditati non sorge nessun obbligo giuridico ed economico in capo a questa Amministrazione;
* 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 accettare che tutte le comunicazioni dell’Amministrazione avvengano a mezzo di posta elettronica, agli indirizzi suindicati o, ove ritenuto occorrente, a mezzo raccomandata A/R;
* 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, all’ATS 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 qui richiamati in via analogica;
* 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 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;

**Dichiara infine,**

* che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire la/e prestazione/i integrative per la/e quale/i si richiede accreditamento, con la/e relativa/e tariffa/e, con indicazione se la prestazione viene effettuata a domicilio, in studio o in studio e domicilio:

(**indicare l’importo della tariffa oraria richiesta per la prestazione** **onnicomprensivo di tutti gli oneri di legge, specificando l’importo dell’IVA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SERVIZIO | TARIFFA Indicare importo orario onnicomprensivo + iva se dovuta | MODALITA’ |
| A. Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l’autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**  | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| B. Servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva** | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| C. Servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**  | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| D. Servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietistica** | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| E. Servizi professionali di **fisioterapia** | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| F. Servizi professionali di **logopedia** | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| G. Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall’**educatore professionale sociosanitario o dall’educatore professionale socio pedagogico.**  | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| H. Servizi professionali di **infermieristica**  | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |
| 1. 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).**
 | * € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
* € ………….. + iva …….%
 | * DOMICILIARE
* IN STUDIO
* IN STUDIO E DOMICILIARE
 |

* 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 dall’Unione di Comuni Città Territorio Val Vibrata – ECAD n.21 Val Vibrata 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.

Il Titolare del trattamento è l’Unione di Comuni Città Territorio Val Vibrata – Via Torquato Tasso – Sant’Omero (TE). Il Responsabile della Protezione dei Dati - RPD/DPO è Sig. Renato Gambella.

**SI ALLEGA:**

* copia di un documento d'identità in corso di validità, non autenticata (se firma olografa);
* copia iscrizione Albo Professionale.

Luogo e data

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

Firma

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