

ALL. 1 MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AVVISO DI ISTRUTTORIA PUBBLICA PER LA PRESENTAZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALL'INSERIMENTO NEGLI ELENCHI DEI PROFESSIONISTI CHE LA SDS INTENDE COSTITUIRE PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI CUI AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM - ASSISTENZA DOMICILIARE 2025-2028

SEZIONE I: DATI IDENTIFICATIVI DEL CANDIDATO

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ il _____
 CF _____ in possesso di abilitazione
 professionale in _____ e del
 seguente _____ titolo _____ di _____ studio
 _____ iscritto
 all'Albo professionale _____ dal
 ____/____/____ con numero _____ P.IVA
 ____ Tel. _____, e-mail
 _____ PEC

SEZIONE II: ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, e ss.mm.ii., consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di affermazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 dello stesso DPR

DICHIARA

- **di MANIFESTARE INTERESSE per l'iscrizione nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle seguenti prestazioni (INDICARE IL COSTO ORARIO DELLA PRESTAZIONE PROPOSTA):**
 - ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale: Costo orario della prestazione €

- ☐ servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva: Costo orario della prestazione €
- ☐ servizi professionali di psicologia e psicoterapia: Costo orario della prestazione €
- ☐ servizi professionali di fisioterapia: Costo orario della prestazione €
- ☐ servizi professionali di logopedia: Costo orario della prestazione €
- ☐ servizi professionali di biologia nutrizionale: Costo orario della prestazione €
- ☐ servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive sia per soggetti minori di età che per persone maggiorenni in condizioni di disabilità, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario di cui al DM 520/1998 o dall'educatore professionale socio pedagogico: Costo orario della prestazione €
- ☐ servizi professionali di infermieristica: Costo orario della prestazione €

☐ libero professionista

☐ dipendente dello Studio Associato/Società: _____, P.IVA _____

_____ che provvederà a emettere le fatture per le prestazioni fornite.

SEZIONE III – DICHIARAZIONE RELATIVA AI REQUISITI DI PARTECIPAZIONE

- di possedere abilitazione professionale per la tipologia di prestazione per la quale si è presentata la candidatura;
- l'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi;
- di possedere i requisiti di idoneità morale e professionale per stipulare convenzioni con la Pubblica Amministrazione;
- di non essere incorso in una delle sanzioni o misure cautelari di cui al decreto legislativo n. 231/01 che impediscono di contrattare con gli enti pubblici;
- di non essere incorso, ai sensi della normativa vigente, in ulteriori cause di divieto a contrarre con la Pubblica Amministrazione alla data della compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva richiesta;
- di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica;
- di dichiarare il pieno rispetto delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. Ue 2016/679;
- di possedere polizza assicurativa di legge che copra la responsabilità civile e i danni arrecati alle persone beneficiarie delle prestazioni e a terzi;

- di aver letto l'avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse finalizzato alla costituzione di un elenco di professionisti iscritti ai relativi Albi di appartenenza per l'erogazione delle prestazioni integrative di cui all' art. 3 dell'Avviso INPS "Adesione al progetto Home Care Premium 2025" e all'art. 17 del Bando di concorso INPS "Progetto Home Care Premium 2025 Assistenza Domiciliare".

SEZIONE IV – ULTERIORI DICHIARAZIONI

DICHARA infine

- di aver preso visione e accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'avviso di manifestazione di interesse e in tutta la restante documentazione relativa alla presente procedura;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e del decreto legislativo n. 196/2003, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Le comunicazioni di cui al presente Avviso dovranno essere inviate al seguente indirizzo di posta elettronica: _____

E S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

Il dichiarante allega la seguente documentazione:

1. copia del documento di riconoscimento;
2. "Modulo autocertificazione qualifica professionale" (allegando copia semplice dell'attestato).

Luogo e data

Firma del professionista*

** Si ricorda di firmare digitalmente o in alternativa con firma olografa unitamente a copia di carta d'identità in corso di*

validità.