

Richiesta di iscrizione nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative del progetto Home Care Premium 2025

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Data di nascita	Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>					
Residenza									
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	Scala	Piano	SNC	CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Telefono cellulare		Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>				

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

In qualità di (barrare con una X):

- ☐ **Libero Professionista con Partita Iva**
- ☐ **Dipendente da studi o società**

CHIEDE

L'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025 finanziato da Inps per il l'Ambito Territoriale ECAD 4 Peligno. A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione: (barrare la casella di interesse)

- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta 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
- ☐ 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
- ☐ servizi professionali di infermieristica

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

D I C H I A R A

di essere in possesso del seguente titolo di studio

Titolo di studio

Conseguito presso

Conseguito in data

di essere iscritto al corrispondente Albo professionale

Albo professionale

Numero iscrizione

Data iscrizione

Partita Iva

di proporre la seguente tariffa oraria lorda, iva compresa

Tariffa oraria lorda proposta (€) iva compresa se dovuta

- ☒ di aver preso visione dell'avviso per l'individuazione dei Professionisti, iscritti al rispettivo Albo professionale di appartenenza, in grado di erogare le prestazioni integrative di cui all'art. 3 dell'Avviso di adesione al Progetto Home Care Premium 2025 rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socio assistenziali, pubblicato dal Comune di Sulmona e di accettarlo in ogni sua parte
- ☒ di aver preso visione ed accettare le condizioni previste nel Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025 - Assistenza domiciliare
- ☒ di impegnarsi a far fronte ai bisogni degli utenti nel rispetto di quanto previsto nei piani assistenziali individuali (PAI) redatti dall'Inps
- ☒ 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 essere informato, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa
- ☒ di aver preso atto e di accettare di essere designato quale "Responsabile esterno del trattamento" dei dati personali e sensibili dei beneficiari e dei loro familiari, che saranno raccolti in relazione all'espletamento del servizio e di impegnarsi a trattare i dati esclusivamente al fine dell'espletamento dello stesso

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☒ copia iscrizione Albo professionale

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

SULMONA

Data

Firma del dichiarante