***Modello 1***

Al Responsabile del Servizio 3

Servizi alla Persona

Unione dei comuni Montani del Casentino

[unione.casentino@postacert.toscana.it](mailto:unione.casentino@postacert.toscana.it)

**Oggetto: Istanza di partecipazione all’avviso pubblico finalizzato alla costituzione di un elenco di Professionisti iscritti ai relativi Albi professionali di appartenenza per l’erogazione di prestazioni integrative di cui agli artt. 17 e 18 del Bando “Progetto Home Care Premium 2025 Assistenza domiciliare”, finanziato da INPS.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato il a \_\_\_\_

Codice Fiscale residente in \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC: \_

**CHIEDE**

**l’iscrizione nell’elenco dei professionisti dell’Unione dei Comuni Montani del Casentino per l’erogazione delle prestazioni integrative di cui al progetto *“Home Care Premium 2025” (01/07/2025 -30/06/2028),* nella seguente sezione:**

*(barrare con una crocetta la sezione che interessa in relazione alla prestazione professionale offerta)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opzione** | **Sezione** | **Prestazione integrativa offerta** |
| **❑** | **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 biologia nutrizionale e di dietistica |
| **❑** | **E** | servizi professionali di fisioterapia |
| **❑** | **F** | servizi professionali di logopedia |
| **❑** | **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 |
| **❑** | **H** | servizi professionali di infermieristica |
| **❑** | **I** | servizi professionali di cura e di assistenza alle persone in condizione di disabilità (minori o anziani), finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA). *Si precisa che, in risposta a specifico quesito, INPS ha chiarito che i servizi effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) sono rivolti a tutti i beneficiari.* |

*È escluso l’intervento di natura professionale medica.*

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445/2000, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000,

**DICHIARA**

*(barrare tutte le voci che interessano)*

* di essere in possesso della cittadinanza italiana, ovvero di cittadinanza comunitaria o extracomunitaria con permesso di soggiorno in corso di validità;
* di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere iscritto/a in nessuna lista elettorale o di esservi stato/a cancellato per i seguenti motivi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non aver riportato condanne penali per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione ed alla permanenza del rapporto di pubblico impiego;
* di non avere procedimenti pendenti relativi ai reati di cui sopra;
* di non trovarsi in altre condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
* di essere in regola con il versamento dei contributi, assistenziali, previdenziali ed assicurativi;
* ***[per i soli candidati di nazionalità straniera]*** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
* di possedere idonea polizza assicurativa per la responsabilità civile professionale e per eventuali danni arrecati ai destinatari delle prestazioni e a terzi;
* di impegnarsi a stipularla e a darne relativa comunicazione all’Unione dei Comuni Montani del Casentino a seguito dell’approvazione dell’elenco ed in ogni caso entro il 1° luglio 2025;
* di impegnarsi a collaborare con l’Unione dei Comuni Montani del Casentino nel monitoraggio costante dell’erogazione delle prestazioni professionali ai beneficiari;
* di avere preso visione dell’Avviso pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
* di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del Progetto HOME CARE PREMIUM 2025 residenti nel territorio del Casentino;

**CHIEDE DI ESSERE CENSITO IN ELENCO E IN PROCEDURA INPS COME:**

*(barrare esclusivamente la voce di proprio interesse – è ammessa esclusivamente l’iscrizione con UNA sola delle due modalità)*

* **1) libero professionista munito di PARTITA IVA**
* **2) professionista dipendente di studio associato/ società o COOPERATIVE SOCIALI**

A tal fine, dichiara sotto la propria personale responsabilità il possesso dei seguenti ulteriori requisiti professionali:

***Per i liberi professionisti (1)***

* Di possedere il seguente titolo di studio idoneo all’esercizio dei servizi previsti nella sezione dell’elenco in cui richiede l’iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere iscritto all’Albo Professionale ***(indicare la denominazione completa e l’eventuale sezione locale di iscrizione)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **[*solo* *per gli Osa/Oss che chiedono iscrizione alla sez. I*]** Di essere in possesso dell’attestato di qualificazione professionale di (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui si allega alla presente copia non autenticata;

* Di essere in possesso della partita IVA n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di essere in possesso di SPID Sistema Pubblico di Identità Digitale oppure di Tessera Sanitaria attivata.

***Per i professionisti dipendenti di studi associati/società o cooperative sociali (2)***

* Di possedere il seguente titolo di studio idoneo all’esercizio dei servizi previsti nella sezione dell’elenco in cui richiede l’iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di essere iscritto all’Albo Professionale ***(indicare la denominazione completa e l’eventuale sezione locale di iscrizione)*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **[*solo* *per gli Osa/Oss che chiedono iscrizione alla sez. I*]** Di essere in possesso dell’attestato di qualificazione professionale di (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui si allega alla presente copia non autenticata.

* Di non essere in possesso della partita IVA, in quanto dipendente del/della seguente studio/società o cooperativa sociale: *(completare tutti i campi richiesti)*

Denominazione completa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cap.\_\_\_\_\_\_\_\_

Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nominativo del legale rappresentante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Di aver acquisito il consenso dell’ente da cui dipende sia in relazione alle modalità di erogazione/fatturazione delle prestazioni integrative HCP 2025, che con riferimento alla copertura assicurativa dei rischi connessi.
* Di essere in possesso di SPID Sistema Pubblico di Identità Digitale oppure di Tessera Sanitaria attivata.

***Dichiara e si impegna a praticare per le prestazioni rese nell’ambito del progetto HCP 2025 la seguente tariffa oraria/unitaria (comprensiva di IVA ed ogni altro onere dovuto (l’informazione è obbligatoria):***

*(Si ricorda che la tariffa proposta è soggetta a verifica di congruità da parte dell’INPS)*

**DICHIARA INFINE**

* di accettare che tutte le comunicazioni relative al presente avviso pubblico avvengano esclusivamente a mezzo PEC all’indirizzo indicato nella presente istanza;
* di essere consapevole che con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria dei professionisti richiedenti, ma semplicemente un elenco, diviso in sezioni, che potrà essere consultato dai beneficiari del progetto HCP per la scelta autonoma del professionista al quale rivolgersi per l’erogazione delle prestazioni integrative;
* di essere consapevole che l’iscrizione nell’elenco non determina l’insorgenza di alcun rapporto lavorativo o obbligazione economica tra l’Unione dei Comuni Montani del Casentino e i professionisti abilitati, né assunzione di corresponsabilità da parte dell’Unione rispetto alle prestazioni da questi rese;
* di essere consapevole che il professionista iscritto in elenco resta l’unico responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi durante l’esecuzione delle prestazioni in favore del beneficiario, sia per gli eventi avversi che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento delle stesse. È, inoltre interamente ed esclusivamente responsabile di tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali.
* di essere consapevole che, con l’iscrizione in elenco, si impegna a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant’altro venga a conoscenza nel corso dell’erogazione delle prestazioni professionali a cui è abilitato;
* di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR);

**ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA:**

* copia dell’attestato di qualificazione professionale posseduto. *(****OBBLIGATORIA******solo******per coloro che chiedono l’iscrizione alle sez. I come OSA/OSS****)*
* copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità ***(OBBLIGATORIA solo in caso di firma autografa)***

**L'istanza va sottoscritta dal professionista interessato con firma digitale o autografa.**

Luogo e data

FIRMA DEL PROFESSIONISTA

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