

Al Comune di Manduria

Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale 7

PEC: ufficiodipiano.comune.manduria@pec.rupar.puglia.itMail: ambitomanduria@gmail.com

ISTANZA ACCREDITAMENTO HCP 2025/2028

per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025 - INPS - Gestione Dipendenti Pubblici"

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ []

in qualità di _____

con sede in _____

con codice fiscale n. _____

con partita IVA n. _____

tel. _____ fax _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di "prestazioni integrative" di cui al progetto "Home Care Premium 2025 - INPS - Gestione Dipendenti Pubblici".

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 non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
- ☐ di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
- ☐ di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accREDITAMENTO dal _____ indicare denominazione Albo _____ n. iscrizione _____;
- ☐ di impegnarsi ad adempiere alle prescrizioni di cui all'art. 18 del Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025, assistenza domiciliare;
- ☐ di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
- le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico emanato dal Comune di Manduria, capofila dell'Ambito Territoriale 7;
 - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
- ☐ di essere consapevole che dall'iscrizione all'Elenco non deriva nessun un obbligo giuridico da attribuirsi all'Amministrazione comunale;
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica/PEC (*inserire quella di interesse*) _____;
- ☐ di obbligarsi ad erogare la prestazione integrativa secondo il proprio tariffario riportato in successiva tabella, consapevole che lo stesso tariffario sarà oggetto di convalida da parte dell'ente INPS;
- ☐ che intende accreditarsi per le seguenti prestazioni integrative con applicazione delle relative tariffe (*barrare con una x*):

Barrare			Tariffa domiciliare (€) INDICARE IMPORTO ORARIO+IVA SE DOVUTA € XXX + IVA XX %
☐	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	
☐	G1	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall' educatore professionale sociosanitario	
☐	G2	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall' educatore professionale socio pedagogico	
☐	H	servizi professionali di infermieristica	

☐ di essere consapevole che l'Ufficio di Piano del Comune di Manduria intende attivare le prestazioni integrative rispondenti al maggior bisogno riservandosi quindi, rispetto alle potenziali candidature di accreditamento, di attivare anche solo 3 (tre) delle prestazioni sopra indicate che risulta essere il numero necessario per il convenzionamento con INPS;

☐ **di essere libero professionista**

Iscrizione:

☐ INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

☐ INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

☐ Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____;

☐ P.IVA _____

☐ **di essere professionista dipendente di:**

denominazione studio associato o società _____

Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ [____]

P.IVA _____

Tel. _____ pec _____

Iscrizione

☐ INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

☐ INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

☐ Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____;

nel caso di Società Cooperative sociali

☐ essere iscritti, se cooperativa, all' Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i.;

☐ di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;

☐ essere in regola, secondo la vigente normativa, in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro – D.Lgs. 81/08;

☐ (*se ricorre il caso*) essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99

☐ 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;

☐ 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 dal Comune di Manduria in qualità di Capofila dell'Ambito 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.

Titolare del trattamento è il Comune di Manduria.

Luogo e data

Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di Identità.