**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**all’elenco di professionisti per l’erogazione di prestazioni integrative per il progetto**

**HOME CARE PREMIUM 2025**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_ /\_\_\_/\_\_\_\_/ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in qualità di**

**□ libero professionista** P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ dipendente di studio associato:**

denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cap\_\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□ dipendente della società:**

forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./ P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cap\_\_\_\_\_\_) Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER**

**richiedere l'iscrizione all’elenco dei professionisti accreditati per l’erogazione delle prestazioni integrative** nell’ambito del Progetto Home Care Premium 2025 - INPS - *Periodo 01/07/2025 -30/06/2028* per le seguenti prestazioni:

* servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l’autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**;
* servizi professionali di **terapia nella neuro e psicomotricità dell’età evolutiva**;
* servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**;
* servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietista**;
* servizi professionali di **fisioterapia**;
* servizi professionali di **logopedia**;
* 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 sociopedagogico**;
* 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’autostima, effettuati da **operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socio assistenziale (OSA).**

**e a tal fine DICHIARA CHE**

ai sensi del DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR n°445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

* di essere in possesso del seguente titolo di studio:

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

* di aver conseguito l’abilitazione alla professione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_
* di essere iscritto all’Albo Nazionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ordine Regionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ con numero di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere in possesso dell’attestazione della qualifica professionale di: □ OSS □ OSA

rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA INOLTRE

* di avere preso visione dell’Avviso 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 HCP 2025 residenti nella zona pistoiese;
* di impegnarsi ad implementare tempestivamente la piattaforma INPS con gli appuntamenti concordati con i beneficiari e i relativi aggiornamenti dello stato degli appuntamenti stessi;
* di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
* di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD);
* di essere a conoscenza che nessun obbligo giuridico deriva dall’iscrizione all’Elenco da attribuirsi alla Sds Pistoiese.

E SPECIFICA LE TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE E RELATIVE TARIFFE CHE PROPONE DI EROGARE DI SEGUITO RIPORTATE:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipologia di prestazione** | **Tariffa prestazione** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del professionista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal professionista; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d’identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.*