



CITTÀ DI ACIREALE
COMUNE CAPOFILA
SETTORE UFFICIO DI PIANO DISTRETTUALE

Al Comune di Acireale
Capofila del Distretto Socio Sanitario 14
protocollo.comune.acireale@pec.it

Oggetto: Istanza di accreditamento per la costituzione di un elenco di professionisti erogatori di prestazioni integrative per il progetto “Home Care Premium 2025”

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

C.F. _____ Partita IVA _____ Tel _____

PEC _____ Email _____

CHIEDE

l’inserimento nell’elenco dei professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative previste dal “Progetto Home Care Premium 2025” finanziato da INPS.

A tale scopo chiede l’iscrizione per la seguente prestazione:

(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l’iscrizione)

| | Servizi | Importo orario |
|--------------------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale ; | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva ; | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di psicologia e psicoterapia ; | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica ; | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di fisioterapia ; | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di logopedia ; | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio-pedagogico (per minori e adulti in condizioni di disabilità); | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di infermieristica ; | € |
| <input type="checkbox"/> | 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'autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) | € |

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

di essere regolarmente iscritto all'albo professionale (o relativa Sezione) _____ della Regione _____, corrispondente all'attività per cui si chiede l'iscrizione in elenco;

▪ ***in alternativa solo per OSA e OSS***

di essere in possesso della relativa qualifica professionale, che si allega alla presente istanza;

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 _____;

▪ ***in alternativa***

di essere professionista dipendente della Soc. Coop. Sociale denominata _____

con sede legale in _____ cap. _____ via _____

P.IVA _____ PEC _____

telefono _____ email _____;

▪ ***in alternativa***

di essere dipendente di studi associati o società denominata _____

con sede legale in _____ cap. _____ via _____

P.IVA _____ PEC _____

telefono _____ email _____;

di accettare integralmente e senza eccezione alcuna le clausole contenute nell'Avviso pubblico del 25/03/2025 (bando HCP 25);

di non trovarsi in alcuno degli stati, condizioni o situazioni previsti dall'artt. 94-96 del D.lgs. 36/2023, fonte di principi di ordine pubblico ed economico;

l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale, secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;

l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti alle norme in materia di sicurezza e ad ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;

di accettare che i dati di accreditamento al progetto Home Care Premium 2025 (nominativi liberi professionisti proposte tariffarie) vengano trasmessi all'INPS come previsto nella convenzione tra INPS e il DSS 14;

di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei professionisti che risulteranno visibili in procedura per ciascun Ambito Territoriale e fissare direttamente un appuntamento, inserito dal professionista stesso sulla sua area riservata (art. 18 co. 2 del Bando HCP 25);

di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociosanitario dell'istituto (art.18 co. 3 del Bando HCP 25);

- di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate, con cadenza mensile, sulla base delle fatture inserite in procedura INPS dallo stesso e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione (art.18 co. 4 del Bando HCP 25);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da INPS.
- 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 Regolamento europeo n. 679/2016 sono stato informato di quanto segue: i dati personali forniti e raccolti in occasione del presente procedimento, nonché l'esito delle eventuali verifiche degli stessi, verranno, così come dettagliatamente indicato nella "informativa al trattamento dati" trattati esclusivamente in funzione e per i fini di legge e del presente procedimento, conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità del presente procedimento, presso l'Ufficio di Piano Distrettuale del Comune di Acireale; i dati personali saranno conservati anche per periodi più lunghi esclusivamente ai fini di archiviazione nel pubblico interesse. Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Acireale.

Si allega:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- solo per OSA e OSS copia dell'attestazione della relativa qualifica professionale.

Luogo, data

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la _____ attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 integrato dal DGPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Firma _____