

# Allegato B - Dipendenti

ELENCO SOGGETTI ACCREDITATI DEL PLUS 21 - AVVISO PUBBLICO

**MODELLO DI DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO DEL PLUS 21  
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
da compilare e sottoscrivere ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

**Al Plus 21 – Servizio HCP  
Comune di Sestu  
Via Scipione n. 1  
09028 Sestu**

**OGGETTO: ISCRIZIONE ALL'ELENCO DI SOGGETTI ACCREDITATI PER LO SVOLGIMENTO DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE RELATIVE AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 NELL'AMBITO DEL PLUS 21.**

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_\_ ]

Residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

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

in qualità di Rappresentante Legale dello Studio Associato \_\_\_\_\_ o

Società \_\_\_\_\_

con sede a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via

\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ codice fiscale

\_\_\_\_\_ partita IVA \_\_\_\_\_ tel.

\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

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

**CHIEDE**

per i propri dipendenti, come indicato nell'Allegato B2\_ Elenco dipendenti, l'iscrizione nell'elenco dei soggetti accreditati del Plus 21, per lo svolgimento delle seguenti Prestazioni Integrative di cui al Progetto Home Care Premium 2025-2028:

*(barrare le lettere interessate)*

- a) **servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta 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, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA)**

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

A tal fine e sotto la propria responsabilità, consapevole che

- le dichiarazioni mendaci sono punite penalmente ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445;
- in caso di dichiarazioni false o non più corrispondenti al vero, decadrebbe immediatamente, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dall'eventuale beneficio acquisito;

**DICHIARA**  
**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm. ii.**

**(BARRARE LE CASELLE):**

- ☐ di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023;
- ☐ di essere autorizzato dai propri dipendenti, indicati nel documento Allegato B2, allegato alla presente, di richiedere, per loro conto, il presente accreditamento finalizzato all'iscrizione nella piattaforma messa a disposizione dall'INPS, utile per l'erogazione di prestazioni integrative, secondo le modalità disciplinate dall'Avviso di adesione al Progetto Home Care Premium 2025-2028, dal Bando di concorso Progetto Home Care Premium 2025 Assistenza domiciliare – Validità dal 1° luglio 2025 al 30 giugno 2028” e ss.mm.ii;
- ☐ di indicare nell'Allegato B2 le generalità dei professionisti per i quali si richiede l'accredimento;
- ☐ di accettare che, in fase di implementazione della piattaforma INPS, nella sezione “Professionista”, in caso di dipendenti saranno valorizzati i campi “P. IVA Azienda” e “Denominazione Azienda” con i dati della ditta rappresentata;

**Il/la sottoscritto/a infine**

**DICHIARA**  
***(barrare le caselle)***

- ☐ che ha preso cognizione e di accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso per l'iscrizione all'elenco dei soggetti accreditati del Plus 21 e in tutti i documenti ad esso allegati;
- ☐ di accettare il “Bando di Concorso Progetto Home Care Premium 2025 Assistenza domiciliare” e “Avviso Avviso adesione al Progetto Home Care Premium 2025 rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti

Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socioassistenziali” e successivi chiarimenti ed integrazioni;

- ☐ di obbligarsi ad eseguire i servizi alla tariffa proposta (assoggettata all’approvazione della Direzione Centrale Credito Welfare e Strutture sociali, alla quale spetta la verifica di congruità);
- ☐ che possiede le autorizzazioni e abilitazioni sanitarie-amministrative ecc. necessarie per l’esercizio delle attività e il regolare funzionamento del servizio;
- ☐ di accettare che i dati di accreditamento al Progetto Home Care Premium 2025 vengano trasmessi all’INPS come previsto nella convenzione tra Inps e Plus 21;
- ☐ di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei soggetti che risulteranno visibili in procedura per il Plus 21 e fissare direttamente un appuntamento, inserito dallo stesso soggetto accreditato sulla sua area riservata (art. 18 comma 2 Bando HCP 2025);
- ☐ di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall’operatore sociosanitario dell’Istituto (art. 18 comma 3 Bando HCP 2025);
- ☐ di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate, con cadenza mensile, sulla base delle fatture inserite in procedura INPS dal soggetto accreditato e convalidate dall’utente, a conferma dell’avvenuta erogazione della prestazione (art. 18 comma 4 Bando HCP 2025);
- ☐ di autorizzare al trattamento dei dati personali e di essere a conoscenza del fatto che i dati forniti all’Amministrazione comunale verranno trattati nel rispetto del Decreto legislativo n. 196/2003 modificato dal D. Lgs. n. 101 del 10 agosto 2018, e del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR), e di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali allegata all’Avviso pubblico;
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Comune di Sestu (Sportello Sociale HCP del Plus 21) ogni eventuale variazione di dati/informazioni;

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
Luogo data

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma leggibile del legale rappresentante)\*

**Avvertenza, allegare:**

- ✓ fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante ai sensi del D.P.R. 445/2000;
- ✓ copia dell’iscrizione all’albo / attestati di qualifica per OSS e OSA dei dipendenti per i quali si richiede l’accreditamento
- ✓ Allegato B1\_ Dichiarazione dipendente
- ✓ Allegato B2\_ Elenco dipendenti

**NORME GENERALI PER LA COMPILAZIONE**

**E' onere del Soggetto richiedente compilare l'allegato in ogni sua parte e, in caso di dichiarazioni alternative, barrare la casella interessata. Se l'istanza è presentata su supporto diverso dal modulo predisposto dalla stazione appaltante, dovrà in ogni caso contenere tutte le dichiarazioni previste in maniera da risultare identica al modulo stesso e completa da ogni indicazione richiesta.**

**Il mancato rispetto della suddetta prescrizione comporterà l'esclusione dal procedimento.**