

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 _____

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'accreditamento;
- ☐ 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;

_____, lì _____
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 del certificato d’iscrizione all’Albo o domanda di iscrizione all'albo professionale (quest’ultima possibilità solo per gli educatori professionali socio-pedagogici) / 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.