

Allegato A – Liberi professionisti in possesso di partita IVA

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) _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di essere iscritto all'elenco dei soggetti accreditati del Plus 21, finalizzato allo svolgimento delle Prestazioni Integrative di cui al Progetto Home Care Premium 2025-2028, e **contestualmente dichiara** di essere disponibile a svolgere le 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**
- tariffa studio proposta €/ora -----
 - tariffa domicilio proposta €/ora -----
- b) **servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- tariffa studio proposta €/ora -----
 - tariffa domicilio proposta €/ora -----
- c) **servizi professionali di psicologia e psicoterapia**
- tariffa studio proposta €/ora -----
 - tariffa domicilio proposta €/ora -----
- d) **servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica**
- tariffa studio proposta €/ora -----
 - tariffa domicilio proposta €/ora -----

e) **servizi professionali di fisioterapia**

- tariffa studio proposta €/ora -----
- tariffa domicilio proposta €/ora -----

f) **servizi professionali di logopedia**

- tariffa studio proposta €/ora -----
- tariffa domicilio proposta €/ora -----

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**

- tariffa studio proposta €/ora -----
- tariffa domicilio proposta €/ora -----

h) **servizi professionali di infermieristica**

- tariffa studio proposta €/ora -----
- tariffa domicilio proposta €/ora -----

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)**

- tariffa studio proposta €/ora -----
- tariffa domicilio proposta €/ora -----

Le tariffe devono essere indicate al lordo di IVA ed eventuali oneri e imposte.

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 E COMPILARE LE CASELLE):

- ☐ Di essere nato/a in _____ (Prov. _____) il _____;
- ☐ Di essere cittadino/a _____ (indicare la nazionalità di appartenenza);
- ☐ Di essere residente in _____ (Prov. _____), Via _____ n. _____, CAP _____, Tel. _____, cell. _____, indirizzo e-mail _____@_____ PEC _____@_____
- ☐ Che il recapito (se diverso dalla residenza) per le eventuali comunicazioni è il seguente: Comune di _____ Via _____ n. _____ CAP _____
- ☐ 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 in possesso del titolo di studio _____ rilasciato da _____ in _____ data _____ con il punteggio _____ su una votazione massima pari a _____;
- ☐ Di essere abilitato alla professione di _____ dalla data del _____;
- ☐ Di essere libero professionista e titolare della seguente Partita IVA: _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo _____ della Regione _____ al n. _____ dal _____;

Se cittadino straniero dichiara inoltre:

- ☐ di godere dei diritti civili e politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza;
- ☐ di avere adeguata conoscenza della lingua italiana.

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 sull'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 al professionista, 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 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 dichiarante)

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).

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.