

Al Comune della Spezia

Oggetto: Istanza di accreditamento e costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del progetto Home Care Premium 2025 – 2028

(da inviare **entro le ore 12.00 del 30/05/2025** esclusivamente alla pec servizisociosanitari.comune.laspezia@legalmail.it))

Il sottoscritto

Nato il _____ a _____ [____]

con codice fiscale n. _____

tel. _____ cell. _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di "prestazioni integrative" di cui al progetto "Home Care Premium 2025/2028 – INPS – Gestione Dipendenti Pubblici.

per la seguente prestazione (*barrare con una crocetta la casella che interessa*):

- Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di*

legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali, ecc);

- Servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali);
- Servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali)
- Servizi professionali di **biologia nutrizionale**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali);
- Servizi professionali di **fisioterapia**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali);
- Servizi professionali di **logopedia**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali);
- 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 socio pedagogico**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali);

- Servizi professionali di **infermieristica**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro_____ (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali);

A tal fine, ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., pienamente consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- l'assenza di cause ostative di cui agli artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
- di _____ essere _____ iscritto _____ presso _____ l'Albo Professionale _____ (indicare _____ la denominazione) al numero _____ dal _____, corrispondente all'attività per cui si richiede l'accreditamento;

○ **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 _____;

○ P.IVA _____

Oppure

<input type="radio"/> di essere professionista dipendente di:				
denominazione	studio	associato	o	società

Via _____	n. _____			
P.IVA _____				
Tel. _____		pec _____		

Iscrizione				
<input type="checkbox"/> INPS sede di _____ cap. _____ via _____ matricola _____				
<input type="checkbox"/> INAIL sede di _____ cap. _____ via _____ matricola _____				
<input type="checkbox"/> Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____ (nel caso di Società Cooperative sociali);				
<input type="checkbox"/> Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i. (nel caso di Cooperative);				

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di aver preso visione e di accettare, senza eccezioni e riserve, le norme e le prescrizioni contenute nel presente Avviso pubblico;
- ✓ di aver preso visione ed accettare le norme contenute nel Bando Pubblico- home care premium 2025/2028
- ✓ di essere consapevole che la partecipazione al presente Avviso non comporta alcun obbligo in carico al Comune della Spezia in merito

all'effettivo instaurarsi di un rapporto professionale tra i professionisti accreditati e i beneficiari ammessi dall'INPS, né alcun rapporto contrattuale tra il Comune medesimo e le Parti (beneficiario della prestazione e professionista inserito nell'elenco di cui al presente Avviso ovvero individuato dal beneficiario per l'erogazione della prestazione);

- ✓ di essere consapevole di essere, a seguito dell'intervenuto accreditamento e in dipendenza dello svolgimento del rapporto contrattuale instauratosi con il beneficiario, interamente ed esclusivamente responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi, sia per gli incidenti che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento del servizio stesso; altresì per tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali;
- ✓ di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in questione;
- ✓ di autorizzare il Comune della Spezia, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 UE, al trattamento dei dati personali contenuti nella documentazione prodotta per la presente procedura;

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA

- copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità;

Luogo e data, _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
