

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025.

Al Consorzio Servizi Sociali In.Re.Te.
via Circonvallazione 54 b
IVREA (TO)

consorzio@pec.inrete.to.it

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

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ ()

Residente a _____ in via _____

Telefono _____ PEC _____

altro indirizzo mail _____

C.F. _____

CHIEDE

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

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

di presentare tale richiesta in qualità di (indicare una sola opzione)

- ☐ Libero Professionista

Iscritto all'Ordine Professionale _____

Albo/Elenco speciale _____

Numero di Iscrizione _____ Data Iscrizione _____

Qualifica professionale O.S.S./O.S.A. conseguita presso _____ il _____

Partita I.V.A. n. _____

- ☐ Studio Associato

con sede a _____

Iscritto all'Ordine Professionale _____

Albo/Elenco speciale _____

Numero di Iscrizione _____ Data Iscrizione _____

Qualifica professionale O.S.S./O.S.A. conseguita presso _____ il _____

Partita I.V.A. (Studio Associato) n. _____

- ☐ Dipendente Società/Cooperativa

con sede a _____

Iscritto all'Ordine Professionale _____

Albo/Elenco speciale _____

Numero di Iscrizione _____ Data Iscrizione _____

Qualifica professionale O.S.S./O.S.A. conseguita presso _____ il _____

Partita I.V.A. (Società/Cooperativa) n. _____

di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n. 2016/679 del Decreto Legislativo 30.06.2023, n.196;

DICHIARA INOLTRE

di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:

- le norme e le disposizioni contenute *nell'AVVISO PUBBLICO PER L' ACCREDITAMENTO DI PROFESSIONISTI SPECIALIZZATI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA NELL'AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025*", pubblicato dal Consorzio Servizi Sociali In.Re.Te;
- le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;

di essere consapevole che:

- nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi al Consorzi Servizi Sociali In.Re.Te;
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo posta elettronica;

DICHIARA IN FINE

che potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative, con le relative tariffe.

PRESTAZIONE INTEGRATIVA	TARIFFA (costo orario + IVA se prevista)
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.	
g) Servizi professionali di infermieri	
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).	

Si allega alla presente istanza:

- Titolo di studio;
- Iscrizione all'Ordine Professionale/Albo/Elenco speciale di appartenenza ad eccezione delle prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) per le quali è necessario allegare l'attestazione della relativa qualifica professionale.;
- Curriculum Vitae;

Data _____

Firmaⁱ _____

ⁱ La presente istanza dovrà essere sottoscritta con dispositivo di firma digitale o, se sottoscritta con firma autografa, dovrà essere accompagnata da fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.