

**UFFICIO DI PIANO
AMBITO "METAPONTINO COLLINA MATERANA"
COMUNE CAPOFILA POLICORO**

COMUNI DI:

ACCETTURA – ALIANO - CIRIGLIANO – COLOBRARO – CRACO - GORGOGNONE – MONTALBANO JONICO – NOVA SIRI – PISTICCI – ROTONDELLA – SAN
GIORGIO LUCANO – SAN MAURO FORTE - SCANZANO JONICO – STIGLIANO – TURSI – VALSINNI



Allegato B)

Al Comune di Policoro - Ente Capofila
ATS n.8 "Metapontino Collina Materana"
protocollo@pec.policoro.basilicata.it

MODELLO DI DOMANDA

OGGETTO: PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025". DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Provincia _____

in qualità di _____

tel. _____ e mail _____

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n.45, 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 essere iscritto al relativo ALBO PROFESSIONALE al n. _____

oppure

☐ di essere libero professionista

☐ di essere dipendente della società, della cooperativa o studio associato (indicare denominazione, sede e partita iva) _____

**UFFICIO DI PIANO
AMBITO "METAPONTINO COLLINA MATERANA"
COMUNE CAPOFILA POLICORO**

COMUNI DI:

ACCETTURA – ALIANO - CIRIGLIANO – COLOBRARO – CRACO - GORGOGNONE – MONTALBANO JONICO – NOVA SIRI – PISTICCI - ROTONDELLA – SAN
GIORGIO LUCANO – SAN MAURO FORTE - SCANZANO JONICO – STIGLIANO – TURSÌ – VALSINNI



- **(solo per dipendenti)** di allegare idonea attestazione rilasciata da parte della cooperativa, della società o dello studio associato di cui si è dipendenti, di disponibilità a produrre fattura per le attività prestate
- di allegare copia della polizza assicurativa in corso di validità (se dipendenti allegare copia della polizza del datore di lavoro)
- **(solo per OSS e OSA)** di essere in possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale n. _____ (allegare copia dell'attestazione)
- di aver preso visione e di accettare il Bando Home Care Premium 2025 pubblicato dall'INPS il 26/03/2025 e l'Avviso di cui all'oggetto.
- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 94 al 98 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.
- di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e dalle norme in materia di previdenza e assistenza.
- di essere in regola, secondo la vigente normativa, in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro – D.Lgs. 81/08.
- di essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99.
- di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Comunitario 2016/679, in materia di tutela della privacy.

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti e fragili nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025" –, promosso dall'INPS – Gestione Dipendenti Pubblici, per la seguente prestazione integrativa.

In caso di prestazione a seduta o a trattamento, **indicare la durata della stessa.**

**UFFICIO DI PIANO
AMBITO "METAPONTINO COLLINA MATERANA"
COMUNE CAPOFILA POLICORO**

COMUNI DI:

ACCETTURA – ALIANO - CIRIGLIANO –COLOBRARO – CRACO - GORGOGNONE – MONTALBANO JONICO – NOVA SIRI – PISTICCI - ROTONDELLA – SAN GIORGIO LUCANO – SAN MAURO FORTE - SCANZANO JONICO – STIGLIANO – TURSÌ – VALSINNI



BARRARE LA CASELLA	PRESTAZIONE	ORA/SEDUTA/TRATTAMENTO	COSTO MASSIMO UNITÀ (INCLUSO IVA)
	Servizi professionali di psicologia e psicoterapia		€
	Servizi professionali di fisioterapia		€
	Servizi professionali di logopedia		€
	Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale		€
	Servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva		€
	Servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica		€
	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.		€
	Servizi professionali di infermieristica		€
	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)		€

DICHIARA INOLTRE,

- di aver preso visione del contenuto e dei requisiti di ciascun servizio e di accettarli integralmente e incondizionatamente.
- di essere consapevole che nessun rapporto di lavoro viene ad instaurarsi tra il professionista accreditato e l'ATS.
- di essere informato ai sensi e per gli effetti del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,

**UFFICIO DI PIANO
AMBITO "METAPONTINO COLLINA MATERANA"
COMUNE CAPOFILA POLICORO**

COMUNI DI:

ACCETTURA – ALIANO - CIRIGLIANO – COLOBRARO – CRACO - GORGOGNONE – MONTALBANO JONICO – NOVA SIRI – PISTICCI - ROTONDELLA – SAN
GIORGIO LUCANO – SAN MAURO FORTE - SCANZANO JONICO – STIGLIANO – TURSI – VALSINNI



esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.

- Allega documento di riconoscimento in corso di validità.
- Deposita copia della polizza assicurativa stipulata, in corso di validità.
- (Solo per OSS e OSA) allega copia dell'attestazione della qualifica professionale.

Policoro ,

Firma