**ALLEGATO N° 1**

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI**

**“HOME CARE PREMIUM 2025-2028”.**

**ISTANZA DI ACCREDITAMENTO PROFESSIONISTI**

Il sottoscritto

Nato il a [ ] In qualità di con sede in Via con codice fiscale n. con partita IVA n. tel. cell. PEC

e-mail

in qualità di (barrare la casella interessata);

**Libero Professionista**

P.IVA/C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Albo Professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N. Iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dipendente di studio associato/società/cooperativa**

Denominazione azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.IVA/C.F. azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ente erogatore di prestazioni e servizi socio assistenziali e/o socio sanitari (es. studio associato/società/cooperativa)**

Denominazione azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.IVA/C.F. azienda\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

di essere iscritto nell’elenco di soggetti attuatori di “prestazioni integrative” di cui al progetto “Home Care Premium 2025 – INPS – Gestione Dipendenti Pubblici per i seguenti servizi: *(barrare la casella che interessa)*

|  |  |
| --- | --- |
| **A** | servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazional**e |
| **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**) |

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 non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;

di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;

di essere iscritto a:

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di essere in regola con gli obblighi contributivi, come attestato dal Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC).

di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle 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 rispettare la normativa sulla privacy Ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n. 2016/679 e del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196;

**Nel caso di Società, Cooperative Sociali, Studi associati:**

□ di essere iscritti, se cooperativa, all’Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i.;

□ di essere in regola con gli obblighi contributivi, come attestato dal Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC).

□ di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle 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;

□ (se ricorre il caso) di essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99

□ di rispettare la normativa sulla privacy Ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n. 2016/679 e del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196;

□ che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sottoindicate prestazioni integrative, con le relative tariffe

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PRESTAZIONE** | **TARIFFA**  **A DOMICILIO**  *Indicare importo orario comprensivo di tutti gli oneri IVA inclusa* | **TARIFFA IN STUDIO**  *Indicare importo orario comprensivo di tutti gli oneri IVA inclusa* |
| **A** | servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazional**e |  |  |
| **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**) |  |  |

# Dichiara inoltre,

di essere soggetto all’applicazione IVA per l’aliquota del %;

di non essere soggetto all’applicazione del campo IVA ai sensi ;

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

* + le norme e le disposizioni contenute nella Manifestazione di Interesse pubblicata dal PLUS Arcipelago del Sulcis;
  + le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
  + il contenuto e i requisiti di ciascun servizio;

di essere consapevole che:

* + nessun obbligo giuridico deriva dall’iscrizione all’elenco di accreditamento da attribuirsi all’Unione dei Comuni dell’Arcipelago del Sulcis, quale gestore del PLUS Arcipelago del Sulcis;
  + tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti accreditati;

di accettare che tutte le comunicazioni dell’Ufficio di Piano avvengano a mezzo PEC o Posta Elettronica Ordinaria a discrezione dell'Ufficio.

che, ai sensi di quanto disposto dall’articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” sono stato informato di quanto segue:

* + i dati personali raccolti dall’Unione dei Comuni dell’Arcipelago del Sulcis – gestore del PLUS Arcipelago del Sulcis saranno trattati, con e senza l’ausilio di strumenti elettronici, per l’espletamento delle attività istituzionali relative al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L.241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente.

Si allega:

* Copia certificazione iscrizione all’Albo professionale (o alla relativa Sezione) se prevista;
* Attestato di qualifica professionale di OSS o OSA;
* Copia documento di riconoscimento in corso di validità;
* CV in formato europeo aggiornato e firmato *sia per i liberi professionisti che per i dipendenti di Studi associati o Società.*

Luogo e data

Timbro e Firma