

DOMANDA DI ISCRIZIONE
all'elenco di professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative per il progetto
HOME CARE PREMIUM 2025

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il ____ / ____ / ____ / C.F. _____ residente in _____

(cap _____) Via _____ n. _____

Telefono _____ cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

in qualità di

☐ **libero professionista P.IVA** _____

☐ **dipendente di studio associato:**

denominazione _____ C.F./ P.IVA _____

con sede legale in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____

Telefono _____ e-mail _____

PEC _____

☐ **dipendente della società:**

forma giuridica _____

denominazione _____ C.F./ P.IVA _____

con sede legale in _____ (cap _____)

Via _____ n. _____

Telefono _____ e-mail _____

PEC _____

MANIFESTA INTERESSE PER

richiedere l'iscrizione all'elenco dei professionisti accreditati per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2025 - INPS - *Periodo 01/07/2025 - 30/06/2028* per le seguenti prestazioni:

- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**;
- ☐ servizi professionali di **terapia nella neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**;

- ☐ servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**;
- ☐ servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietistica**;
- ☐ servizi professionali di **fisioterapia**;
- ☐ servizi professionali di **logopedia**;
- ☐ servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale sociopedagogico**;
- ☐ 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)**.

e a tal fine DICHIARA CHE

ai sensi del DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n°445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio:

- di aver conseguito l'abilitazione alla professione di _____
presso _____ in data ____/____/____
- di essere iscritto all'Albo Nazionale _____ Ordine
Regionale _____ sezione _____
dal ____/____/____ con numero di iscrizione _____

DICHIARA INOLTRE

- di avere preso visione dell'Avviso e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
- di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del progetto HCP 2025 residenti nella zona Valdinievole;
- di impegnarsi ad implementare tempestivamente la piattaforma INPS con gli appuntamenti concordati con i beneficiari e i relativi aggiornamenti dello stato degli appuntamenti stessi;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD);
- di essere a conoscenza che nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi alla Sds Valdinievole.

E SPECIFICA LE TIPOLOGIE DI PRESTAZIONE E RELATIVE TARIFFE CHE PROPONE DI EROGARE DI SEGUITO RIPORTATE:

Tipologia di prestazione	Tariffa prestazione

SI IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data) _____

(firma del professionista) _____

N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal professionista; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.