

Comunu de

Santu Perdu

Tzitadi Metropolitana de Casteddu
Pratza Santu Perdu, 6
09050 Santu Perdu (CA)



Comune di

Villa San Pietro

Città Metropolitana di Cagliari
Piazza San Pietro, 6
09050 Villa San Pietro (CA)

C.F. 00492250923
Tel. 070907701 Fax 070907419
sito: www.comune.villasanpietro.ca.it
e-mail: protocollo@comune.villasanpietro.ca.it
pec: protocollo@comunevillasanpietro.postecert.it

SETTORE GESTIONE PLUS AREA GESTIONE PLUS

**Domanda di Adesione alla Manifestazione di Interesse Rivolta Ai professionisti
per l'iscrizione all'Elenco Per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del Progetto
"Home Care Premium- Assistenza Domiciliare 2025/2028".**

Al Plus Area Ovest

PEC: protocollo@comunevillasanpietro.postecert.it

☐ Il/la sottoscritto/a _____
☐ nato/a _____
☐ residente a _____ via/piazza _____
codice fiscale _____ telefono _____
E-mail _____ PEC _____
Qualifica professionale _____

in qualità di:

☐ **Libero Professionista**
P.IVA/C.F. _____
Albo Professionale _____ N. Iscrizione _____

☐ **Dipendente di studio associato/società/cooperativa**
Denominazione azienda _____
P.IVA/C.F. azienda _____

VISTO l'avviso "PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE ALL'ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI CUI AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028"

Manifesta il proprio interesse per l'erogazione della prestazione di:

- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale;
- ☐ servizi professionali di terapia della 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 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)
- ☐ 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 socioassistenziale (OSA)

Tariffe libero professionisti

Tariffa presso Domicilio _____ Tariffa presso studio _____

Tariffa dipendenti

Tariffa dipendenti _____ Tariffa presso studio _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47, 76, 77 bis, del DPR 445/2000 consapevole delle sanzioni penali richiamate per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA DI:

- ☐ di accettare integralmente e senza eccezione alcuna le clausole contenute nell'avviso pubblico del 25/03/2025 (bando HCP 25);
- ☐ di non trovarsi in alcuno degli stati, condizioni o situazioni previsti dall'art. 80 del D.Lgs 50/2016, (riordino della disciplina sui contratti pubblici), fonte di principi di ordine pubblico ed economico;
- ☐ l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale, secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- ☐ l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti alle norme in materia di sicurezza e ad ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- ☐ che non sono state pronunciate sentenze di condanna passata in giudicato, ovvero sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per reati che incidono sulla affidabilità morale e professionale;

ALLEGATO A

- ☐ di accettare che i dati di accreditamento al progetto Home Care Premium 2025 (nominativi liberi professionisti proposte tariffarie) vengano trasmessi all'INPS come previsto nella convenzione tra Inps e Plus Area Ovest;
- ☐ di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei professionisti che risulteranno visibili in procedura per ciascun Ambito Territoriale e fissare direttamente un appuntamento, inserito dal professionista stesso sulla sua area riservata (art.18 comma 2);
- ☐ di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociale dell'istituto (art.18 comma 3 bando hcp25);
- ☐ di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate al professionista, con cadenza mensile, sulla base delle fatture inserite in procedura INPS dallo stesso e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione (art.18 comma 4);
- ☐ di essere iscritto Albo professionale di appartenenza (ove pertinente) _____

DICHIARA altresì

Che provvederà a comunicare tempestivamente e senza indugio alcuno, qualsiasi variazione alla situazione sopra rappresentata.

Luogo _____ Data _____

NOME COGNOME E FIRMA

Allega:

- ☐ Copia del documento d'identità del dichiarante;
- ☐ Attestato di qualifica professionale di OSS
- ☐ Attestato di qualifica professionale di OSA