

Allegato 1)

Al Comune di Ascoli Piceno
Ente Capofila dell'Ambito Territoriale
Sociale XXII
Piazza Arringo, 1
63100 Ascoli Piceno

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025- INPS – Gestione Dipendenti Pubblici"

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____ []

in qualità di _____

con sede in _____

con codice fiscale n. _____

con partita IVA n. _____

tel. _____ fax _____

PEC _____

e-mail _____

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 essere regolarmente iscritto all'albo _____ della Regione _____ (numero di iscrizione _____);
- ☐ di impegnarsi ad adempiere alle prescrizioni di cui all'art. 18 del Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025, assistenza domiciliare;
- ☐ di essere disponibile a partecipare ad incontri di coordinamento gestionali a cura dell'ATS XXII;
- ☐ di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
 - le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico emanato dal Comune di Ascoli Piceno, Capofila dell' Ambito Territoriale Sociale 22;
 - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025 ;

- ☐ di essere consapevole che dall'iscrizione all'Elenco non deriva nessun un obbligo giuridico da attribuirsi all'Amministrazione Comunale;
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica;
- ☐ di obbligarsi ad erogare la prestazione integrativa secondo il proprio tariffario riportato in tabella, consapevole che lo stesso tariffario sarà oggetto di convalida da parte dell'ente INPS;
- ☐ che, sulla base dei Piani Assistenziali individualizzati, potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative con applicazione delle relative tariffe (*barrare con una x*) :

COD	Sub COD	Categoria Prestazione Integrativa HCP	Servizio	Tariffa (barrare almeno una delle opzioni o entrambe ed indicare il relativo tariffario)
A ☐		servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana	Terapista occupazionale	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
B ☐		servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	Neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
C ☐		servizi professionali di psicologia e psicoterapia	Psicologo e/o Psicoterapeuta	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
D ☐		servizi professionali di biologia nutrizionale	Biologo della nutrizione	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
E ☐		servizi professionali di fisioterapia	Fisioterapia	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
F ☐		servizi professionali di logopedia	Logopedia	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
G ☐		servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo		☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
	G.1 ☐		Educatore professionale sociosanitario	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
	G.2 ☐		Educatore professionale socio pedagogico	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
H ☐		servizi professionali di infermieristica	Servizi infermieristici	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €

☐ **di essere libero professionista**

Iscrizione:

☐ 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 _____;

☐ P.IVA _____

☐ **di essere professionista dipendente di:**

denominazione studio associato o società _____

Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ [____]

P.IVA _____

Tel. _____ pec _____

Iscrizione

☐ 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 _____;

nel caso di Società Cooperative sociali

☐ 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 rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;

☐ 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, 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 dal Comune di Ascoli Piceno – Capofila dell'A.T.S. XXII 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.

Titolare del trattamento è il Comune di Ascoli Piceno – Capofila dell'A.T.S. XXII nella persona del Dirigente, Dott. Paolo Ciccarelli.

Luogo e data

Timbro e Firma

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di Identità