

Al Comune di Acireale

Capofila del Distretto Socio Sanitario 14

protocollo.comune.acireale@pec.it

Oggetto: Istanza di accreditamento per la costituzione di un elenco di professionisti erogatori di prestazioni integrative per il progetto “Home Care Premium 2025-2028”

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

residente a _____ via _____ n. _____

C.F. _____ Partita IVA _____ Tel _____

PEC _____ Email _____

CHIEDE

l'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal “Progetto Home Care Premium 2025” finanziato da INPS.

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione e il relativo importo orario (omnicomprensivo):
(barrare con una *x* la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione)

Figura Professionale	Tariffa Minima - Massima	Importo orario
☐ Terapista occupazionale	€ 30,21 - € 56,11	€ _____
☐ Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	€ 31,98 - € 59,40	€ _____
☐ Psicologi e psicoterapisti	€ 39,34 - € 73,06	€ _____
☐ Biologo Nutrizionale	€ 51,94 - € 96,46	€ _____
☐ Dietista	€ 47,84 - € 88,84	€ _____
☐ Fisioterapista	€ 31,94 - € 59,32	€ _____
☐ Logopedista	€ 34,05 - € 63,23	€ _____
☐ Educatore	€ 20,01 - € 37,43	€ _____
☐ Infermiere	€ 26,28 - € 48,80	€ _____
☐ Operatore sociosanitario (OSS)	€ 16,50 - € 30,64	€ _____
☐ Operatore socioassistenziale (OSA)	€ 15,64 - € 29,04	€ _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

☐ di essere regolarmente iscritto all'albo professionale (o relativa Sezione) _____
corrispondente all'attività, per cui si chiede l'iscrizione in elenco della Regione _____;

☐ 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 _____;

• ***in alternativa solo per OSA e OSS***

☐ di essere in possesso della relativa qualifica professionale, che si allega alla presente istanza;

☐ di essere professionista dipendente della Soc. Coop. Sociale denominata _____

con sede legale in _____ cap. _____ via _____

P.IVA _____ PEC _____

telefono _____ email _____;

• ***per tutti:***

☐ 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'artt. 94-96 del D.lgs. 36/2023,
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;

☐ 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 il DSS 14;

☐ 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 co. 2 del Bando HCP 25);

☐ di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociosanitario
dell'istituto (art.18 co. 3 del Bando HCP 25);

☐ di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate, 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 co. 4 del Bando HCP 25);

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente
istanza prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e
problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da INPS;

☐ 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 Regolamento europeo n. 679/2016 sono stato
informato di quanto segue: i dati personali forniti e raccolti in occasione del presente procedimento,
nonché l'esito delle eventuali verifiche degli stessi, verranno, così come dettagliatamente indicato nella
"informativa al trattamento dati" trattati esclusivamente in funzione e per i fini di legge e del presente

procedimento, conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità del presente procedimento, presso l'Ufficio di Piano Distrettuale del Comune di Acireale; i dati personali saranno conservati anche per periodi più lunghi esclusivamente ai fini di archiviazione nel pubblico interesse. Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Acireale.

Si allega:

- ***Per tutti:***
copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- ***Solo per OSA e OSS***
copia dell'attestazione della relativa qualifica professionale;
copia contratto di lavoro dipendente;
autorizzazione del datore di lavoro (Cooperativa Sociale).

Luogo, data

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la _____ attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 integrato dal DGPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

Firma _____