

Allegato A ISTANZA DI PARTECIPAZIONE per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative previste dal Progetto "Home Care Premium 2025"

Il/la sottoscritto _____
nato/a _____ (prov. _____) il ____/____/____ in qualità di libero
professionista dell'attività lavorativa di _____ con sede a _____
in Via _____ n. _____ codice fiscale _____
partita IVA n. _____ codice attività n. _____
iscritto all'Albo professionale di _____ della _____
Regione _____ n. iscrizione _____ tel. _____ indirizzo e-mail _____
PEC _____

CHIEDE

l'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025". A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA:

- Di aver conseguito il seguente titolo di studio _____ in _____
data _____ presso _____;
- Di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del Codice;
- Di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività previsti dalla normativa vigente in relazione alla forma giuridica del soggetto partecipante;
- Di essere iscritto all'Albo e al Registro professionale _____
n. di iscrizione _____ anno d'iscrizione _____;
- Di essere in possesso di partita IVA o in alternativa di essere dipendente del seguente studio associato o società _____;
- Di avere una esperienza di almeno 12 mesi complessivi maturata nell'ambito del servizio per il quale si richiede l'iscrizione all'elenco;
- Di avere adeguata conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse della comunità;
- Di aver preso visione e quindi accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso;
- Di avere la perfetta conoscenza delle norme generali e particolari che regolano l'erogazione delle prestazioni integrative oggetto del presente Avviso.

- Di possedere idonea polizza RC professionale con previsione del massimale minimo previsto dalla Legge, in corso di validità;
- 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 presentare istanza per l'iscrizione nell'elenco di soggetti fornitori accettando le tariffe massime applicabili come definite nell'avviso e di fornire una o più delle seguenti prestazioni integrative (barrare la prestazione scelta) alla tariffa di seguito specificata:
 1. prestazione professionale resa da Terapista occupazionale per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 2. prestazione professionale reso da Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 3. prestazione professionale reso da Psicologo / Psicoterapeuta per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 4. prestazione professionale reso da Fisioterapista per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 5. prestazione professionale reso da Logopedista per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 6. prestazione professionale reso da Biologo nutrizionale per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 7. prestazione professionale reso da Infermiere per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 8. prestazione professionale reso da Educatore professionale sociosanitario per un tempo minimo di _____ al costo di €.....
 9. prestazione di cura ed assistenza alle persone in condizione di disabilità resa da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socio-assistenziale (OSA) per un tempo minimo di _____ al costo di €.....

Per i servizi professionali indicati è necessaria l'iscrizione da parte del professionista al rispettivo Albo professionale di appartenenza ad eccezione dalle prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socio-assistenziale (OSA) per le quali è necessario il possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale.

(firma del/della richiedente)

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore