

AL COMUNE DI FOGGIA
Area 4 – Servizi alla Persona Servizio Sociale e Prevenzione
ESCLUSIVAMENTE VIA PEC
servizisociali@cert.comune.foggia.it

AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE "PRESTAZIONI
INTEGRATIVE" – PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025".
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 28 dicembre 2000 N. 445).

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Provincia _____

residente a _____ prov. () in via
_____ n. _____

Documento di identità _____

Codice Fiscale _____ Professione _____

Partita IVA _____

indirizzo _____ n. _____ tel. _____

pec _____ e mail _____

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative a favore dei beneficiari del Progetto "Home Care Premium 2025 – Assistenza domiciliare", promosso dall'INPS, per lo svolgimento del seguente servizio professionale (**barrare una sola casella**, in caso di soggetto in possesso di più qualifiche professionali, il medesimo dovrà inoltrare istanze distinte):

- servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**;
- servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell' età evolutiva**;
- servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**;
- servizi professionali di **fisioterapia**;
- servizi professionali di **logopedia**;
- servizi professionali di **biologia nutrizionale**;
- servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati dall'**educatore professionale sociosanitario** o dall'**educatore professionale socio pedagogico**;
- servizi professionali di **infermieristica**;

a fronte di una tariffa oraria pari ad Euro _____ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del _____%).

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali cui va incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato DPR 445/2000 e del fatto che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sono considerate come fatte a pubblico ufficiale, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- a. di aver preso visione dell'AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" - PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025-2028" e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;
- b. di aver conseguito il seguente titolo di studio _____ in data _____ presso _____ ;
- c. di essere iscritto nel seguente Albo Professionale:
albo _____
n. di iscrizione _____
sezione _____
anno di iscrizione _____

- d. di essere in possesso di Partita IVA: _____;
- e. di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- f. l'insussistenza di condanne penali che limitano di contrarre con la pubblica Amministrazione;
- g. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi.
- h. di autorizzare l'Ambito Territoriale Sociale di Foggia ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
- i. di essere a conoscenza che, con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria, ma solo elenchi che potranno essere consultati dai beneficiari per la scelta autonoma del professionista, che instaura rapporti di collaborazione con l'INPS, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;
- j. di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Foggia, ai fini dell'assunzione dei conseguenti provvedimento di competenza di quest'ultimo, compresa l'eventuale cancellazione dall'elenco.
- k. di autorizzare l'Ambito Territoriale Sociale di Foggia al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D. Lgs. n.196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679.

Si allega alla presente:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale;
2. l'attestazione di iscrizione al corrispondente albo professionale (in caso di soggetto in possesso di più qualifiche professionali, il medesimo dovrà inoltrare istanze distinte).

Luogo e data _____

Firma