



Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Comune di Castellaneta



Comune di Palagianello

## AMBITO TERRITORIALE TA/1

### Comune di Ginosa

Pec: comune.ginosa@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'elenco operatori attività integrative progetto HCP 2025.

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a ..... Stato ..... il .....

residente a ..... prov. ..... cap .....

in via ..... n. ....

telefono ..... e-mail .....

codice fiscale .....

partita IVA .....

indirizzo mail ..... PEC .....

tel. .....

### CHIEDE

L'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025 finanziato da Inps per il l'Ambito Territoriale di Ginosa.

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione:

(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione)

- 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 tale, fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo articolo 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate**

**DICHIARA**

- Di essere iscritto al corrispondente **Albo Professionale** .....
  - n. di iscrizione .....;
  - data di iscrizione .....;
- di aver preso visione dell'Avviso di Accreditamento e di accettarlo in ogni sua parte;
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo pec agli indirizzi su indicati;
- di essere in possesso dei requisiti professionali richiesti e, senza alcuna remunerazione aggiuntiva, di essere disponibile all'apprendimento delle funzionalità tecniche ed operative degli strumenti tecnologici in uso agli utenti, all'ATS ed all'INPS;
- di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023 qui richiamati in via analogica;
- che il soggetto si impegna a far fronte ai bisogni degli utenti nel rispetto di quanto previsto nei piani assistenziali individuali (PAI) redatti dall'Inps;
- che il soggetto è dotato di adeguate coperture assicurative volte a garantire le persone destinatarie del servizio, gli operatori e i soggetti terzi per danni imputabili a soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;
- di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese avverrà con cadenza mensile, solo ed esclusivamente a seguito di caricamento della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito web Inps e solo previa vidimazione della stessa da parte dell'utente beneficiario, a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio;
- di essere informato, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- 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;

**SI ALLEGA:**

- copia di un documento d'identità in corso di validità(se firma olografa);
- copia iscrizione Albo Professionale.

Data .....

FIRMA

.....

**N.B. Relativamente agli allegati le autocertificazioni richieste possono essere prodotte solo nelle forme e con le modalità di cui al D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni.**

**Ai fini dell'iscrizione all'elenco non verranno considerate ammissibili altre forme di autocertificazione ovvero la produzione di documentazione il luogo di certificazione, se non effettuate secondo le disposizioni legislative vigenti.**