**Modello di domanda \_ scadenza ore 12.00 del 24 aprile 2025**

AL COMUNE DI SCIACCA

CAPOFILA DEL **DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.7**

**UFFICIO ATTIVITA’ SOCIALI**

**PEC:** **protocollo@comunedisciacca.telecompost.it**

RICHIESTA D’ ISCRIZIONE NELL’ELENCO **DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PER LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE DEL PROGETTO INPS \_ HOME CARE PREMIUM 2025-2028**

**Il//la sottoscritto/a**

**Cognome e Nome**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data di nascita**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo di nascita**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Via/Piazza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **CAP**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Comune**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Provincia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Telefono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Email**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Email PEC**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avendo preso visione dell’Avviso pubblicato dal Comune di Sciacca \_ Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 7**

**CHIEDE L’ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PREVISTI DAL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 \_ ASSISTENZA DOMICILIARE \_ PER I SEGUENTI SERVIZI:**

**( )** 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 tal fine,**

**DICHIARA**

**INFORMAZIONI PROFESSIONALI**

**Professione assistenziale** (indicare il titolo professionale):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero di iscrizione all’Albo professionale**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Albo di appartenenza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Provincia di iscrizione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titolo di studio** (indicare il titolo di laurea o qualifica equivalente):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Università/Istituto di conseguimento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Anno di conseguimento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Esperienza professionale nel settore delle cure domiciliari** **di almeno 2 anni** nelle cure domiciliari o ambito simile (specificare anni e ambito di esperienza):

* + **Ente o struttura di riferimento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Durata esperienza (in anni)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Descrizione delle mansioni svolte**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale** (indicare eventuali certificazioni aggiuntive relative alle cure domiciliari):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Ente che ha rilasciato la certificazione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	+ **Data di rilascio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REQUISITI LEGALI E PROFESSIONALI**
**Dichiarazione di assenza di procedimenti penali in corso** (barrare la casella se applicabile):
☐ Dichiaro di non essere sottoposto a procedimenti penali in corso e di non avere condanne penali.
☐ In caso contrario, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative di privacy e sicurezza sanitarie.

**ALLEGATI ALLA DOMANDA**
In allegato alla presente domanda, si forniscono i seguenti documenti:

☐ Titolo di studio;

☐ I**scrizione all’Albo professionale**

☐ Curriculum Vitae;

☐ Documento di riconoscimento;

☐ Eventuali attestazioni;

☐ **Proprio tariffario congruo alle tariffe nazionali** e/o definite da ordini professionali o associazioni di categoria.

☐ Altri documenti rilevanti (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE FINALE**
Dichiaro che le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere e complete e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni fornite.

**Data**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Firma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_