## **Allegato \_ Modello di domanda**

AL COMUNE DI SCIACCA

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

**UFFICIO ATTIVITA’ SOCIALI**

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

## OGGETTO: Richiesta di iscrizione nell’elenco degli operatori professionali per le prestazioni integrative \_Socio assistenziali \_ Art. 17 – Bando INPS Home Care Premium 2025–2028 \_

**Il//la sottoscritto/a**

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

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

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

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

**Partita IVA** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

### Avendo preso visione dell’aggiornamento dell’Avviso per la costituzione dell’elenco distrettuale degli operatori professionali previsti da**ll’art. 17 del bando INPS \_ Home Care Premium 2025–2028**

**Chiede** l’iscrizione nell’elenco degli operatori professionali \_ Progetto Home Care Premium 2025/2028 \_ assistenza domiciliare \_ per le seguenti categorie (barrare le caselle di interesse):

|  |  |
| --- | --- |
| **Servizio professionale** | **Tariffa oraria lorda (€)\*** |
| ☐Terapista occupazionale |  |
| ☐ Terapista della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva |  |
| ☐ Psicologo / Psicoterapeuta |  |
| ☐ Fisioterapista |  |
| ☐ Logopedista |  |
| ☐ Biologo nutrizionista / Dietista |  |
| ☐ Educatore professionale **sociosanitario** |  |
| ☐ Educatore professionale **socio-pedagogico** |  |
| ☐ Infermiere |  |
| ☐ Operatore Socio Sanitario (OSS) |  |
| ☐ Operatore Socio Assistenziale (OSA) |  |

\*Indicare una tariffa oraria lorda ( IVA compresa se dovuta), conforme alle normative vigenti e/o alle direttive dell’Ordine professionale di riferimento. La tariffa indicata sarà assoggettata all’approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali, alla quale spetta la verifica di congruità.

**a tal fine,**

**DICHIARA**

 (ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

**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 professionale):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale**(es. corsi di formazione, specializzazioni,abilitazioni):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* + **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 attualmente sottoposto a procedimenti penali e di non aver riportato condanne penali.
☐ In caso contrario, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative vigenti in materia di privacy e sicurezza in ambito sanitario, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e delle disposizioni nazionali applicabili.

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

☐ **Titolo di studio/attestato di qualifica professionale**

☐ I**scrizione all’Albo professionale**

☐ **Curriculum vitae aggiornato e firmato**

**☐ Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale**

**☐Altri documenti rilevanti (specificare):**

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

☐ **Documento di identità in corso di validità**

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