

Allegato 1)

Spett.le Direttore del Consorzio per la  
realizzazione del sistema integrato di Welfare  
dell'Ambito di Poggiardo  
Via Don Minzoni, n. 6  
73037 Poggiardo (Le)

### MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

**per la costituzione di elenchi di professionisti attuatori di prestazioni integrative  
a favore di beneficiari del Progetto Home Care Premium 2025 di INPS residenti nei 15 Comuni dell'Ambito  
territoriale di Poggiardo.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
alla via/piazza: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere inserito nel seguente elenco di professionisti per l'attuazione di prestazioni integrative a favore di beneficiari del Progetto "Home Care Premium 2025" residenti nei 15 Comuni dell'Ambito di Poggiardo:

**Terapista occupazionale**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Psicologa/o**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Psicoterapeuta**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Fisioterapista**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Logopedista**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Biologa/o nutrizionale e dietista**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Educatore professionale sociosanitario** (per servizio specialistico) Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_  
(oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Educatore professionale socio pedagogico** (per servizio specialistico)

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Infermiere professionale**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Operatore sociosanitario (OSS)**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

**Operatore socioassistenziale (OSA)**

Tariffa oraria proposta: Euro \_\_\_\_\_ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%)

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate;

**DICHIARA**

di aver preso visione dell'Avviso pubblico per la costituzione di elenchi di professionisti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2025 di INPS e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;

di aver conseguito il seguente titolo di studio/qualifica professionale: \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_;

di essere iscritto al seguente Albo Professionale:  
Albo \_\_\_\_\_  
n. di iscrizione \_\_\_\_\_  
sezione \_\_\_\_\_  
anno di iscrizione \_\_\_\_\_

- di essere libero professionista in possesso di Partita IVA n. \_\_\_\_\_;
- di essere dipendente della seguente Azienda \_\_\_\_\_ con P.IVA \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- di non avere condanne penali che limitano di contrarre con la pubblica Amministrazione;
- di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi;
- di autorizzare il Consorzio per la realizzazione del sistema integrato di welfare ambito zona di Poggiardo ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
- 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, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;
  
- di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva comunicazione al Consorzio per la realizzazione del sistema integrato di welfare ambito zona di Poggiardo, ai fini dell'assunzione dei conseguenti provvedimenti di competenza di quest'ultimo, compresa l'eventuale cancellazione dall'elenco;
  
- di autorizzare il Consorzio per la realizzazione del sistema integrato di welfare ambito zona di Poggiardo 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.

Allega:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_