



## CHIEDE

L'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025 finanziato da INPS per l'Unione Montana dei Comuni della Valtiberina Toscana. A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione: (barrare la casella di interesse)

<input type="checkbox"/> servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da <b>terapista occupazionale</b>
<input type="checkbox"/> servizi professionali di <b>terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</b>
<input type="checkbox"/> servizi professionali di <b>psicologia e psicoterapia</b>
<input type="checkbox"/> servizi professionali di <b>fisioterapia</b>
<input type="checkbox"/> servizi professionali di <b>logopedia</b>
<input type="checkbox"/> servizi professionali di <b>biologia nutrizionale e di dietista</b>
<input type="checkbox"/> servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati dall' <b>educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico</b>
<input type="checkbox"/> servizi professionali di <b>infermieristica</b>
<input type="checkbox"/> servizi professionali di cura e di assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da <b>operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA)</b> .

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n.45/2000 e dell'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

## DICHIARA

**Di essere in possesso del seguente titolo di studio**

TITOLO DI STUDIO:
CONSEGUITO PRESSO:
CONSEGUITO IN DATA:

**Di essere iscritto al corrispondente Albo Professionale**

ALBO PROFESSIONALE
NUMERO ISCRIZIONE
DATA ISCRIZIONE
LIBERO PROFESSIONISTA CON PARTITA IVA N.
DIPENDENTE DI SOCIETA'/STUDIO/COOPERATIVA CON PARTITA IVA N.

**Di proporre la seguente tariffa oraria lorda, iva compresa**

TARIFFA ORARIA LORDA PROPOSTA (€) IVA COMPRESA SE DOVUTA:
---

- di aver preso visione dell'avviso per l'individuazione dei Professionisti, iscritti al rispettivo Albo professionale di appartenenza, in grado di erogare le prestazioni integrative di cui all'art.3 dell'Avviso di adesione al Progetto Home Care Premium 2025 ed integrato con il successivo allegato pubblicato in data 15/05/2025, rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socio assistenziali, pubblicato dall'Unione Montana dei Comuni della Valtiberina Toscana e di accettarlo in ogni sua parte;
- di aver preso visione e di accettare le condizioni previste nel Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025 – Assistenza Domiciliare;
- di impegnarsi a far fronte ai bisogni degli utenti nel rispetto di quanto previsto nei piani assistenziali individuali (PAI) redatti dall'INPS;
- 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 aver preso atto e di accettare di essere designato quale “Responsabile esterno del trattamento” dei dati personali e sensibili dei beneficiari e dei loro familiari, che saranno raccolti in relazione all'espletamento del servizio e di impegnarsi a trattare i dati esclusivamente al fine dell'espletamento dello stesso.

**Elenco degli allegati obbligatori:**

- copia iscrizione Albo Professionale ad eccezione delle prestazioni effettuate da operatore socio sanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) per le quali è necessario allegare l'attestazione della relativa qualifica professionale.

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016 n.679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196)

- dichiara di avere preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell' Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

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

Il dichiarante

\_\_\_\_\_