

AL COMUNE DI ORVIETO
ENTE CAPOFILA DELLA ZONA SOCIALE N. 12
VIA GARIBALDI N. 8 – 05018 ORVIETO - TR

OGGETTO:

ISTANZA DI AMMISSIONE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PROFESSIONALI PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI "HOME CARE PREMIUM 2025-2028" ZONA SOCIALE N. 12

Il/La sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ [____]

Residente a _____ Via _____

codice fiscale _____

tel. _____ cell. _____

PEC _____

e-mail _____

in qualità di

☐ Libero professionista con Partita IVA (indicare numero Partita IVA)

o in alternativa

☐ Dipendente di studio associato/società /società cooperativa sociale privo di Partita IVA (indicare denominazione _____ studio _____ associato/società/società _____ cooperativa sociale) _____ indirizzo _____

Chiede

di essere iscritto all'elenco dei soggetti disponibili ad erogare le prestazioni professionali integrative del PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025 (periodo 01/07/2025-30/06/2028) in favore di beneficiari residenti nei comuni della Zona sociale n. 12, garantendo la seguente prestazione integrativa (barrare la voce che interessa

- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, **effettuati da terapeuta 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 e dietistica**
- ☐ servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall'**educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico (integrazione nota INPS del 11/04/2025 e nota INPS del 15/05/2025) ;**
- ☐ servizi professionali di **infermieristica**

Allegato B istanza di ammissione

☐ servizi professionali di cura e assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) – integrazione INPS del 15/05/2025

Per i servizi professionali indicati è necessaria l'iscrizione da parte del professionista al rispettivo Albo professionale di appartenenza, ad eccezione delle prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) per le quali è necessario il possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale (integrazione INPS del 15/05/2025).

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 essere regolarmente iscritto all'Albo professionale _____

Regione _____ numero iscrizione _____

☐ di essere in possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale (integrazione INPS del 15/05/2025) da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA)

PROPONE LA SEGUENTE TARIFFA UNITARIA

	PRESTAZIONE	TARIFFA Indicare importo orario + IVA se dovuta
A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale	€ xxx + IVA xx %
B	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	
C	servizi professionali di psicologia e psicoterapia	
D	servizi professionali di fisioterapia	
E	servizi professionali di logopedia	
F	servizi professionali di biologia nutrizionale e dietistica - integrazione INPS 15/05/2025	
G	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall' educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico; integrazione INPS del 11/04/2025 e del 15/05/2025	
H	servizi professionali di infermieristica	
I	servizi professionali di cura e assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) – integrazione INPS del 15/05/2025	

Allegato B istanza di ammissione

Dichiara inoltre

- ☐ di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
 - le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico del Comune di Orvieto in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 12;
 - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
- ☐ di impegnarsi ad erogare la prestazione integrativa professionale secondo quanto previsto dall'art. 17 e dall'art. 18 del Bando di Concorso Progetto Home Care Premium 2025 INPS con validità dal 1 luglio 2025 al 30 giugno 2028 anche in ordine alle funzionalità operative richieste dal Progetto (utilizzo piattaforma telematica INPS Progetto HCP 2025);
- ☐ di essere consapevole che:
 - nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi al Comune di Orvieto capofila della Zona Sociale n. 12;
 - la tariffa unitaria proposta sarà assoggettata all'approvazione della Direzione Centrale Credito Welfare e Strutture Sociali INPS, alla quale spetta la verifica di congruità e, pertanto, potrebbe variare;
- ☐ di essere consapevole che, in caso di mancato convenzionamento del Comune di Orvieto capofila della Zona Sociale n. 12 con INPS per la realizzazione del Progetto HCP 2025 nei casi espressamente previsti da INPS, l'iter amministrativo collegato alla presente procedura sarà interrotto senza che possa essere vantata pretesa alcuna;
- ☐ di sollevare l'Ente da qualsiasi responsabilità in ordine all'erogazione della prestazione integrativa in favore del beneficiario HCP e nei rapporti con INPS;
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni del Comune di Orvieto avvengano a mezzo posta elettronica certificata;
- ☐ che, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" sono stato informato di quanto segue:
 - i dati personali raccolti dal Comune di Orvieto – Ente capofila della Zona Sociale n. 12, saranno trattati, con e senza l'ausilio di strumenti elettronici, per l'espletamento delle attività istituzionali relative al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L.241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente.

Luogo e data _____

Firma _____

(per i soli professionisti dipendenti da società e studi associati)

Firma del legale rappresentante della Società o Studio Associato di riferimento _____