

Modulo di richiesta di iscrizione nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative del progetto Home Care Premium 2025

Il/la sottoscritto/a
 Cognome _____ Nome _____
 Codice Fiscale _____ Data di nascita _____
 Sesso _____ Luogo di nascita _____
 Residente a _____ in Via/Piazza _____
 Provincia _____ CAP _____ Telefono cellulare _____
 Telefono fisso _____ mail _____
 Posta elettronica certificata _____
 Cittadinanza _____

CHIEDE

L'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025 finanziato da Inps per il l'Ambito Territoriale Sociale 4 di Urbino.

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione: (barrare la casella di interesse)

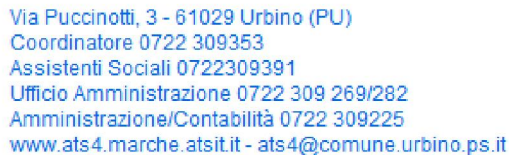
- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale
- ☐ servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva servizi professionali di psicologia e psicoterapia
- ☐ servizi professionali di fisioterapia
- ☐ servizi professionali di logopedia
- ☐ servizi professionali di biologia nutrizionale
- ☐ 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

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

DICHIARA

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali





Conseguito presso _____ in data _____

Num. iscrizione	Data iscrizione	Partita Iva
-----------------	-----------------	-------------

la seguente tariffa oraria lorda (€) 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 rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socio assistenziali, pubblicato dal Comune di Urbino e di accettarlo in ogni sua parte;

- di aver preso visione ed accettare le condizioni previste nel Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025 - Assistenza domiciliare e 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.

che l'eventuale accredito INPS sia effettuato su c/c intestato al/la sottoscritto/a, al seguente IBAN:

[illegible]

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali



Domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento (*articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82*): chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Allega:

- copia di un valido documento di identità in corso di validità.

Data _____

FIRMA

☐ Esprimo, ai sensi della normativa vigente, il consenso al trattamento dei miei dati personali in relazione all'istanza in oggetto.

Data _____

Firma del richiedente _____

Per un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali

