***ALL’UFFICIO DI PIANO***

***AMBITO TERRITORIALE DI PUTIGNANO***

*Pec: ufficiodipiano@cert.comune.putignano.ba.it*

**Oggetto: Richiesta iscrizione all’elenco professionisti attività integrative progetto HCP 2025.**

Il/la sottoscritto/a …............................................................................................................................................

nato/a …...................................................... ..... Stato …................................................... il ...........................

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a ….................................................................................. prov. …................. cap ......................

in via ….............................................................n. …....

telefono …....................................................

e-mail …................................................................................ pec …………………………………………………………

in qualità di:

***(barrare con una x la sezione per cui si chiede l’iscrizione. E’ possibile indicare una sola scelta)***

* Libero professionista: partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dipendente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 di Putignano per la seguente prestazione:

***(barrare con una x la sezione per cui si chiede l’iscrizione)***

* servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista 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**;
* 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 operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA).

**A tale, fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo articolo 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate**

**DICHIARA**

* di essere in possesso di tutti i requisiti professionali richiesti per lo svolgimento della professione;
* di essere iscritto al seguente **Albo Professionale ………………**………………..………….

n. di iscrizione ……………………………;

data di iscrizione ……………………………..;

* di essere in regola con tutti gli adempimenti richiesti per la permanenza nell’albo.
* di applicare la seguente **Tariffa oraria** (per ogni singola ora di prestazione, espressa in euro, comprensiva di IVA e di ogni altro onere di legge): € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ora;
* che il t**ariffario professionale di riferimento applicato è: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**
* **di essere consapevole che la** tariffa di cui sopra sarà sottoposta a verifica di congruità da parte della Direzione Centrale Credito Welfare e Strutture Sociali INPS;
* di aver preso visione dell’**AVVISO** **PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE FINALIZZATO ALL’ACCREDITAMENTO DI PROFESSIONISTI PER L’EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL’AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025** e di accettarlo in ogni sua parte;
* di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo mail e pec agli indirizzi su indicati;
* di essere disponibile, senza alcuna remunerazione aggiuntiva, a partecipare ad eventuali incontri di coordinamento;
* di essere in possesso di adeguata copertura assicurativa RCT a tutela di eventuali danni arrecati a persone o a beni nel corso dell’esercizio della propria attività, di cui risponde in via esclusiva.
* di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative avverrà direttamente da parte di INPS, su base mensile, previa e**missione di fattura** da parte del professionista e **convalida dell’utente** sull’effettiva erogazione e fruizione della prestazione
* 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 impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza prendendo atto che l’omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da Inps.

**SI ALLEGA:**

* Documento di identità in corso di validità;
* Curriculum vitae aggiornato e firmato;
* Titolo di studio e abilitazione professionale;
* Iscrizione all’albo/ordine (ove previsto);
* Polizza assicurativa professionale.

Data ............................................

FIRMA