

AL COMUNE DI CIVITAVECCHIA
CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO ROMA 4.1.

PEC: comune.civitavecchia@legalmail.it

RICHIESTA D' ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PER LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE DEL PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2025-2028

Il//la sottoscritto/a

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di residenza:

○ Via/Piazza: _____

○ CAP: _____

○ Comune: _____

○ Provincia: _____

○ Telefono: _____

○ Email: _____

○ Email PEC: _____

Avendo preso visione dell'Avviso pubblicato dal Comune di Civitavecchia Capofila del Distretto Sociosanitario RM 4.1

CHIEDE

L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PREVISTI DAL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 PER I SEGUENTI SERVIZI:

- () 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 e di dietistica**
- () servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**
- () servizi professionali di **infermieristica**
- () servizi professionale 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 tal fine,

DICHIARA

INFORMAZIONI PROFESSIONALI

Professione (indicare il titolo Professionale): _____

Numero di iscrizione all'Albo professionale: _____

○ **Albo di appartenenza:** _____

○ **Provincia di iscrizione:** _____

Titolo di studio (indicare il titolo di laurea o qualifica equivalente): _____

○ **Università/Istituto di conseguimento:** _____

○ **Anno di conseguimento:** _____

- **Di essere in possesso di partita IVA:** _____
- **Di essere dipendente del seguente studio associato o società** _____
 _____ **indicare CF o Partita IVA dello stesso** _____

Esperienza professionale nell'ambito del servizio per cui si richiede l'accreditamento (specificare anni e ambito di esperienza se presenti):

- **Ente o struttura di riferimento:** _____
- **Durata esperienza (in anni):** _____
- **Descrizione delle mansioni svolte:** _____
- **Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale** (indicare eventuali certificazioni aggiuntive relative alle cure domiciliari): _____
- **Ente che ha rilasciato la certificazione:** _____
- **Data di rilascio:** _____

REQUISITI LEGALI E PROFESSIONALI

Dichiarazione di assenza di procedimenti penali in corso (barrare la casella se applicabile):

Dichiaro di non essere sottoposto a procedimenti penali in corso e di non avere condanne penali.

In caso contrario, specificare: _____

- Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative di privacy e sicurezza sanitaria.

DICHIARAZIONI FINALI

- Dichiaro che le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere e complete e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni fornite;
- Dichiaro di autorizzare il Comune di Civitavecchia 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;
- Dichiaro di autorizzare il Comune di Civitavecchia ad inserire il proprio nominativo nell'elenco nella piattaforma dedicata INPS;

- Dichiaro di essere a conoscenza che l'accreditamento non comporta quale conseguenza automatica la richiesta di erogazione delle prestazioni integrative riconosciute, poiché occorre, quale condizione necessaria e sufficiente, che il cittadino utente esprima il proprio diritto di scelta individuando il professionista accreditato come proprio fornitore.

ALLEGATI ALLA DOMANDA

In allegato alla presente domanda, si forniscono i seguenti documenti:

- Titolo di studio;
- Iscrizione all'Albo professionale (non richiesto per le figure professionali di OSS e di OSA);
- Curriculum Vitae;
- Documento di riconoscimento;
- Eventuali attestazioni;
- Attestazione di congrua copertura assicurativa per danni verso terzi;
- Proprio tariffario congruo alle tariffe nazionali e/o definite da ordini professionali o associazioni di categoria.
- Altri documenti rilevanti (specificare): _____

Data: _____

Firma
