

Azienda Ulss 9 Scaligera
Via Valverde n. 42
37122 Verona
protocollo.aulss9@pecveneto.it

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

**per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative
previste dal Progetto "Home Care Premium 2025"**

__ sottoscritt__ nato/a a ____ (prov.
__) il __/__/__ in qualità di libero professionista dell'attività lavorativa di
____ con sede a ____ in Via
____ n. ____ codice fiscale
____ partita IVA n. ____ iscritto all'Albo
professionale di ____ della Regione
____ n. iscrizione ____ tel. ____ mail
____ PEC ____

CHIEDE

l'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto
"Home Care Premium 2025".

A tal fine propone domanda di iscrizione come professionista accreditato per la
prestazione integrativa prevista dall'art. 17 del bando HCP 2025 (barrare la relativa
casella):

- ☐ 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 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 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 tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicata

DICHIARA

☐ Di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività previsti dalla normativa vigente in relazione alla forma giuridica del soggetto partecipante ;

☐ Di essere iscritto all' Albo e al Registro professionale

albo _____

n. di iscrizione _____

sezione _____

anno di iscrizione _____

ovvero per le prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) di essere in possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale (da allegare).

☐ Di essere in possesso di partita iva _____

oppure di

☐ essere dipendente del seguente studio associato/società

☐ Di aver preso visione e quindi accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso;

☐ impegnarsi a prestare la propria attività professionale a favore dei beneficiari risultanti vincitori

del bando HCP 2025 -2028 alla seguente tariffa € _____ (indicare la tariffa lorda, comprensiva di Iva, se applicata, e di oneri ed accessori);

☐ Di avere la perfetta conoscenza delle norme generali e particolari che regolano l'erogazione delle prestazioni integrative oggetto del presente Avviso;

☐ Di possedere idonea polizza RC professionale con previsione del massimale minimo previsto dalla Legge, in corso di validità;

☐ di essere consapevole che la prestazione dovrà essere resa alla tariffa comunicata senza la possibilità di poter richiedere ulteriori emolumenti di qualsiasi genere aggiuntivi né ad Inps né al beneficiario del progetto, quali a mero titolo di esempio il rimborso chilometrico per le trasferte dalla propria sede professionale al domicilio del beneficiario;

☐ 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 validazione della stessa da parte dell'utente beneficiario,

a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio;

☐ 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;

☐ di essere a conoscenza che, con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria, a solo elenchi che potranno essere consultati dai beneficiari per la scelta autonoma del professionista, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;

☐ di essere consapevole che nessun rapporto di lavoro viene ad instaurarsi tra il Professionista e l'Azienda ULSS 9 Scaligera o l'ATS. La procedura non può ritenersi in alcun modo un affidamento di servizi da parte dei predetti Enti.

☐ di essere consapevole che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti

informatici, ai sensi del General Data Protection Regulation (GDPR) – Regolamento Generale sulla Protezione Dati (Regolamento UE n. 2016/679), esclusivamente nell'ambito della procedura di cui al presente Avviso.

_____ (luogo e data) _____ firma del/della richiedente)

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica di un documento d'identità del sottoscrittore.