



Spett.le

**COMUNE DI PORTO SANT'ELPIDIO
AREA SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'**

OGGETTO:	PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 ISTITUZIONE DI ELENCHI DI PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE <u>TERRITORIO DELL' AMBITO TERRITORIALE SOCIALE XX</u> <u>Comuni di Porto Sant'Elpidio – Sant'Elpidio a Mare – Monte Urano</u>
-----------------	---

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Cod. Fisc. _____

Telefono _____ mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura indicata in oggetto e a tal fine, in conformità alle disposizioni del D.P.R. 445/2000, articoli 46 e 47 in particolare, e consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 dello stesso Decreto, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato,

DICHIARA:

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico emesso dall'Ambito Territoriale Sociale 20, compreso l'allegato avviso emesso dall'INPS per l'adesione al progetto "HOME CARE PREMIUM 2025" rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socioassistenziali, e di accettarne integralmente le condizioni;

AMBITO XX - Via San Giovanni Bosco c/o Villa Murri 63821 Porto Sant'Elpidio (FM)

Telefono: 0734/908320 – 340 – 333 - 306

E-mail: ambito20@elpinet.it

Sito web: www.ambito20.it



- ☐ di essere iscritto all'Ordine Professionale _____
al n. _____ sezione _____

OPPURE

- ☐ di essere in possesso dell'attestato di qualifica professionale per la professione di operatore sociosanitario (OSS) / operatore socioassistenziale (OSA) *(cancellare la fattispecie che non ricorre)*

OPPURE

- ☐ di aver presentato domanda di iscrizione all'albo professionale per la professione di educatore professionale socio pedagogico entro il 31 marzo 2025 e quindi in data ____ / ____ / ____

- ☐ di partecipare alla seguente procedura: *(BARRARE UNA SOLA DELLE IPOTESI SEGUENTI)*

- ☐ in qualità di professionista in possesso della seguente Partita IVA _____ per l'esercizio della suddetta professione;

- ☐ in qualità di OSS/OSA *(cancellare la fattispecie che non ricorre)* in possesso della seguente Partita IVA _____ per l'esercizio dell'attività;

- ☐ in qualità di dipendente della seguente società: *(N.B. in tal caso compilare anche modello Allegato 1)*

Denominazione _____

Sede legale _____

C.f. _____ P. IVA _____

Forma giuridica _____

- ☐ che l'iscrizione presso l'Ordine Professionale o l'attestato di qualifica professionale di cui sopra è in corso di validità;

- ☐ di essere in possesso dei requisiti previsti per l'esercizio della professione di educatore socio-pedagogico di cui sopra;

- ☐ di essere consapevole che l'ATS 20 potrà effettuare verifiche presso gli organi competenti (Ordini professionali di riferimento e Agenzia delle Entrate territorialmente competente) sia in fase di costituzione degli elenchi, sia periodicamente nel corso della durata progettuale per verificare che l'iscrizione presso l'Ordine Professionale così come la Partita IVA siano in corso di validità;

- ☐ di essere consapevole che le prestazioni dovranno essere rese esclusivamente secondo le modalità previste dall'art. 3 dell'Avviso, che si accetta incondizionatamente;

AMBITO XX - Via San Giovanni Bosco c/o Villa Murri 63821 Porto Sant'Elpidio (FM)

Telefono: 0734/908320 – 340 – 333 - 306

E-mail: ambito20@elpinet.it

Sito web: www.ambito20.it

☐ di presentare istanza per l'iscrizione negli elenchi di professionisti per la seguente prestazione integrativa (*barrare la casella corrispondente*), indicando le seguenti tariffe per l'erogazione delle prestazioni integrative scelte, omnicomprensive ai sensi di quanto previsto dall'art. 4 dell'Avviso:

a) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
b) servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
c) servizi professionali di psicologia e psicoterapia	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
d) servizi professionali di fisioterapia	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
e) servizi professionali di logopedia	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
f) servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
g) servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti in situazione di disabilità, effettuati dalla figura dell'educatore professionale sociosanitario	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
h) servizi professionali di infermieristica	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €
i) 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).	☐ domiciliare _____ € ☐ ambulatoriale _____ €



☐ di essere consapevole che le tariffe precedentemente indicate, prima della stipula della Convenzione tra l'INPS e l'ATS 20, saranno assoggettate all'approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali, alla quale spetta la verifica di congruità;

☐ di essere consapevole che il rapporto professionale è instaurato esclusivamente fra il beneficiario e il libero professionista/professionista dipendente di studi associati o società per tutte le fasi connesse all'erogazione delle prestazioni, nonché fra libero professionista/professionista dipendente di studi associati o società e INPS per il riconoscimento del compenso per la fornitura delle stesse;

☐ di impegnarsi all'osservanza di tutte le vigenti disposizioni legislative, dei regolamenti concernenti le assicurazioni sociali e di qualsiasi altra prescrizione normativa che potrà essere emanata in materia;

☐ di impegnarsi a comunicare ogni variazione che dovesse intervenire con riguardo all'iscrizione all'ordine professionale, alla partita IVA o al rapporto di lavoro dipendente attualmente in essere;

☐ di essere consapevole che il Comune è esonerato da ogni responsabilità per danni, infortuni od altro che dovessero accadere anche a carico di terzi o a cose, per qualsiasi causa nell'esecuzione della prestazione, e di predisporre a tal fine adeguate coperture assicurative per danni, infortuni, indennizzi di qualsiasi natura che possono verificarsi per effetto della sua attività nei confronti dell'utenza, stipulando idonea polizza assicurativa RCT/RCO, a fronte della quale nessun onere aggiuntivo potrà essere richiesto in aggiunta alle tariffe dichiarate;

☐ di assumere a proprio carico tutti gli oneri previsti dalla normativa vigente in capo al Titolare del trattamento dati personali, esonerando il Comune di Porto Sant'Elpidio da qualsiasi tipo di responsabilità circa il mancato rispetto della normativa di cui trattasi.

Luogo e data

Firma _____

Documenti da allegare per tutti i professionisti:

Documento di identità in corso di validità

Documenti da allegare in relazione alla tipologia di prestazione:

- *Domanda di iscrizione al costituendo Albo professionale degli Educatori Socio Pedagogici*
- *Attestato di qualifica professionale OSS/OSA*

AMBITO XX - Via San Giovanni Bosco c/o Villa Murri 63821 Porto Sant'Elpidio (FM)

Telefono: 0734/908320 – 340 – 333 - 306

E-mail: ambito20@elpinet.it

Sito web: www.ambito20.it



Allegato 1

Da compilare nel caso in cui l'istante sia dipendente di studi associati o società

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

In qualità di Legale Rappresentante dello studio Associato/ Società *(cancellare la fattispecie che non ricorre)*

Con sede Legale in Via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ []

P.IVA _____

Tel. _____ pec _____

in conformità alle disposizioni del D.P.R. 445/2000, articoli 46 e 47 in particolare, e consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art.76 dello stesso Decreto, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato,

DICHIARA

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso pubblico emesso dall'Ambito Territoriale Sociale 20, compreso l'allegato avviso emesso dall'INPS per l'adesione al progetto "HOME CARE PREMIUM 2025" rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socioassistenziali;
- ☐ di autorizzare il proprio dipendente, Sig./Sig.ra _____ a presentare istanza di iscrizione agli elenchi di soggetti professionisti erogatori delle prestazioni integrative nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2025, comprese le tariffe offerte per le prestazioni (distinte fra regime domiciliare e ambulatoriale)
- ☐ di confermare tutto quanto dichiarato nell'istanza avanzata, e che non sussistono motivazioni ostative per l'accoglimento della stessa;
- ☐ di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni rese dal proprio dipendente sarà effettuato direttamente da INPS, con cadenza mensile, sulla base delle fatture emesse dallo studio associato/società inserite in procedura e convalidate dal beneficiario (non sono

AMBITO XX - Via San Giovanni Bosco c/o Villa Murri 63821 Porto Sant'Elpidio (FM)

Telefono: 0734/908320 – 340 – 333 - 306

E-mail: ambito20@elpinet.it

Sito web: www.ambito20.it



ammissibili ricevute fiscali), a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione, indicando nel documenti fiscale tutti i dati riferiti alla pratica HCP (Numero di pratica – Beneficiario – tipo di prestazione – data – quantità ecc..);

- ☐ di essere consapevole che dall'iscrizione agli Elenchi non deriva nessun un obbligo giuridico da attribuirsi all'Amministrazione Comunale;

Luogo e data

Firma

Allegare Documento di identità in corso di validità

AMBITO XX - Via San Giovanni Bosco c/o Villa Murri 63821 Porto Sant'Elpidio (FM)

Telefono: 0734/908320 – 340 – 333 - 306

E-mail: ambito20@elpinet.it

Sito web: www.ambito20.it