



**AL COMUNE DI VETRALLA  
CAPOFILIA DISTRETTO VT4  
[comune.vetralla@legalmail.it](mailto:comune.vetralla@legalmail.it)**

*scadenza 30/05/2025 ore 12.00*

**Oggetto: Richiesta iscrizione all'elenco operatori attività integrative progetto HCP 2025 -2028**

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a ..... il .....

residente a ..... prov. .... Cap .....

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

telefono ..... e-mail .....

codice fiscale .....

partita IVA .....

PEC .....

**CHIEDE**

L'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto *Home Care Premium 2025- 2028* finanziato da INPS per il Distretto socio-sanitario VT4

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione:  
*(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione)*

|                          | <b>SERVIZI</b>   | <b>IMPORTO ORARIO</b> |
|--------------------------|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da <b>terapista occupazionale</b> | €                     |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di terapia della <b>neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</b>  | €                     |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di <b>psicologia e psicoterapia</b>  | €                     |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di <b>fisioterapia</b>   | €                     |

|                          |  |   |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di <b>logopedia</b>  | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di <b>biologi nutrizionisti e di dietistica</b>  | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati <b>dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico</b>                             | € |
| <input type="checkbox"/> | servizi professionali di infermieristica   | € |
| <input type="checkbox"/> | 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 <b>operatore sociosanitario (OSS)</b> e da <b>operatore socioassistenziale (OSA)</b> . | € |

**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 iscritto al corrispondente **Albo Professionale** .....
  - n. di iscrizione..... ;
  - data di iscrizione ..... ;
- di aver preso visione dell'Avviso di Accreditamento e di accettarlo in ogni sua parte;
- di essere titolare di P. Iva n..... o aver sottoscritto contratto di lavoro subordinato con la Società..... con sede in..... P. Iva n. ....;
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo Pec;
- di essere in possesso dei requisiti professionali richiesti e, senza alcuna remunerazione aggiuntiva, di essere disponibile all'apprendimento delle funzionalità tecniche ed operative degli strumenti tecnologici in uso agli utenti, all'ATS ed all'INPS;
- di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023 qui richiamati in via analogica (Allegare modello dichiarazioni ex Art. 94,95 e 98 del D.lgs 36/2023 in caso di lavoratore subordinato) ;
- che il soggetto si impegna 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 da parte di Inps nel rispetto delle disposizioni presenti nell'Avviso Home Care Premium 2025/2028
- 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:

- copia di un documento d'identità in corso di validità (se firma olografa);
- Curriculum vitae;

- copia iscrizione Albo Professionale;
- modello dichiarazioni ex Art. 94,95 e 98 del D.lgs 36/2023 (sottoscritto dal legale rappresentante Società in caso di lavoro subordinato)

Data .....

Firma

.....

**N.B.** *Relativamente agli allegati le autocertificazioni richieste possono essere prodotte solo nelle forme e con le modalità di cui al D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni.*

*Ai fini dell'iscrizione all'elenco non verranno considerate ammissibili altre forme di autocertificazione ovvero la produzione di documentazione il luogo di certificazione, se non effettuate secondo le disposizioni legislative vigenti.*