

Modello Allegato A

Consorzio Intercomunale di Servizi

C.I.diS. di Orbassano

Strada Volvera n. 63

10043 Orbassano (TO)

**AVVISO PUBBLICO MEDIANTE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI SOCIO-SANITARI SPECIALIZZATI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO I.N.P.S. "HOME CARE PREMIUM" AVENTE VALIDITA' DAL 01 LUGLIO 2025 AL 30 GIUGNO 2028.**

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE MODIFICATA DOPO DETERMINAZIONE DI INTEGRAZIONE N. 172 DEL 27/06/2025

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di\* \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

con Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

con Partita IVA n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

*\*nel caso di dipendente indicare denominazione dell'azienda e relativa P.IVA*

### CHIEDE

di essere iscritto nell'Elenco di professionisti socio - sanitari specializzati per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del Progetto I.N.P.S. "Home Care Premium 2025-2028".

A tal fine, anche ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

### DICHIARA

1. che non sussistono nei propri confronti le cause di esclusione di cui all'art. 94 del d.lgs. n. 36/2023;
2. di essere iscritto al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
presso il seguente Ordine Professionale:  
\_\_\_\_\_
3. di impegnarsi a rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
4. di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n 2016/679 e del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196;
5. di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico per

l'istituzione di un elenco di professionisti sanitari specializzati per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del Progetto I.N.P.S. "Home Care Premium 2025-2028";

6. di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica certificata al proprio indirizzo sopra indicato;
7. di essere informato che ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
8. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra variazione rilevante dei dati e/o dei requisiti richiesti per la partecipazione alla presente procedura.

#### DICHIARA ALTRESÌ

di impegnarsi a fornire le sotto indicate prestazioni aggiuntive alle relative tariffe e di essere consapevole che le tariffe proposte, prima della stipula della Convenzione, saranno assoggettate all'approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali dell'I.N.P.S., alla quale spetta la verifica di congruità:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	TARIFFA (indicare importo orario e IVA se dovuta, specificando se la prestazione viene <b>erogata a domicilio o in studio</b> )
a) servizi professionali di psicologia e psicoterapia	
b) servizi professionali di fisioterapia	
c) servizi professionali di logopedia	
d) servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'Educatore Professionale Socio Sanitario o dall'Educatore Professionale Socio Pedagogico	

e) servizi professionali di cura e assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) e da Operatore Socio Assistenziale (O.S.A.)	
f) servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	
g) servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica	
h) servizi professionali di infermieristica	
i) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiani, effettuati da terapeuta occupazionale	

ALLEGA

1. Curriculum Vitae;
2. Fotocopia non autenticata di valido documento d'identità.

.....,

[Luogo]

.....

[Data]

.....

[Firma leggibile]