

**Amministrazione destinataria**

Comune di Guspini

Ufficio destinatarioUfficio servizio sociale territoriale -
PLUS**Manifestazione di interesse finalizzata all'accreditamento delle figure professionali richieste dal bando INPS Home Care Premium 2025/2028, relative alle prestazioni integrative****Il sottoscritto**

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza
Residenza					
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno
					Scala
					Piano
					SNC
					CAP
Telefono cellulare		Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria	
				Posta elettronica certificata	

In qualità di *(Libero professionista, Dipendente dello studio associato/società)*

P.IVA libero professionista

Studio associato/Società

Denominazione/Ragione sociale					Tipologia	
Sede legale						
Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Interno	
					Scala	
					Piano	
					SNC	
					CAP	
Codice Fiscale			Partita IVA			
Telefono		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata		

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

--

Iscrizioni

☐ INPS

Sede INPS

CAP

Indirizzo

N. matricola

☐ INAIL

Sede INAIL

CAP

Indirizzo

N. matricola

☐ CCIAA

Sede CCIAA

Data iscrizione

CHIEDE

di essere ammesso alla procedura di cui in oggetto finalizzata a manifestare la propria disponibilità ad erogare le prestazioni integrative nell'Ambito del Progetto Home care premium 2025 assistenza domiciliare nei Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale - Distretto di Guspini (ATS) per le seguenti prestazioni integrative indicate nell'avviso, indicando precisamente: *(selezionare il/i servizio/i prestazioni/i quella/e che s'intende erogare nonché l'offerta di prezzo che s'intende effettuare per ora di attività;)*

- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

- ☐ servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

- ☐ servizi professionali di **fisioterapia**

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

- ☐ servizi professionali di **logopedia**

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

- ☐ servizi professionali di **Biologia nutrizionale/Dietista**

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

- ☐ servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati dall'**educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

- ☐ servizi professionali di **Infermieristica**

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

☐ servizi professionali di **OSS** (Operatore Socio Sanitario)

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

☐ servizi professionali di **OSA** (Operatore Socio Assistenziale)

Costo orario imponibile

Costo orario IVA compresa

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

- ☒ di impegnarsi a erogare le prestazioni integrative di cui al Progetto HCP 2025 per le quali manifesta la propria disponibilità nei modi e nei termini stabiliti dall'avviso e dai documenti ad esso allegati;
- ☒ di essere in possesso del seguente titolo di studio

Denominazione del titolo

Conseguito presso

in data

☐ Titolo conseguito all'estero

Stato estero dove si è conseguito il titolo

☐ Titolo estero equiparato

Autorità che ha rilasciato il provvedimento di equiparazione

Numero provvedimento di equiparazione

Data provvedimento di equiparazione

☐ Richiesta di equiparazione titolo inoltrata

Autorità competente al rilascio del provvedimento di equiparazione

Data richiesta provvedimento di equiparazione

☐ di essere in possesso della qualifica di OSS:

Conseguita presso l'istituto

con sede in

data

☐ di essere in possesso della qualifica di OSA:

Conseguita presso l'istituto

con sede in

data

☐ di essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio della professione

Rilasciata in data

Luogo di iscrizione dell'Ordine professionale

Sezione dell'Ordine

Numero di iscrizione

☒ che il professionista opera con il seguente regime fiscale:

- ☐ Ordinario
- ☐ Forfettario
- ☐ Semplificato

☒ che l'aliquota IVA applicabile è:

Aliquota %

☒ di essere informato e di accettare, in modo incondizionato, che la tariffa oraria sarà sottoposta a verifica di congruità da parte di INPS

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- ☐ copia del documento di identità
(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)
- ☒ documentazione Titolo di Studio
- ☒ curriculum vitae
- ☐ copia del provvedimento di equipollenza o di equivalenza del titolo di studio o istanza di equiparazione
- ☐ attestazione dell'iscrizione all'albo professionale
- ☐ attestazione possesso qualifica professionale (OSS/OSA)
- ☐ altri allegati

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Guspini

Luogo

Data

il dichiarante