

Spett.le Ambito Territoriale Sociale
di Casarano
c/o Comune di Casarano
Viale Stazione, 42
73042 CASARANO
pec: info@pec.ambitodicasarano.it

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE
“PRESTAZIONI INTEGRATIVE” – PROGETTO “HOME CARE PREMIUM 2025”. MANIFESTAZIONE DI
INTERESSE DIPENDENTE.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ residente a _____
prov. _____ cap _____ alla via _____
n. _____ tel. _____ mail _____
pec _____ documento di identità n. _____
codice fiscale _____ professione _____
in qualità di dipendente dello studio associato/società/società cooperativa
_____ P. Iva _____
_____ con sede legale a _____ prov. _____
_____ cap _____ via _____ n. _____ mail _____
_____ pec _____ tel. _____

CHIEDE

**di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative a favore
dei beneficiari del Progetto “Home Care Premium 2025 – Assistenza domiciliare”, promosso
dall'INPS, per lo svolgimento dei seguenti servizi professionali:**

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali cui va

incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato DPR 445/2000 e del fatto che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sono considerate come fatte a pubblico ufficiale, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità quanto segue:

- a. di aver preso visione dell'AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" – PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025" e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;
- b. di essere disponibile ad erogare la prestazione integrativa sopra indicata nelle seguenti modalità, indicando il relativo costo orario:
- ☐ **Studio** – Costo orario € _____ oltre Iva _____ % ;
- ☐ **Domiciliare** - Costo orario € _____ oltre Iva _____ % ;
- ☐ **Studio e Domiciliare** - Costo orario Studio € _____ oltre Iva _____ % ; Costo orario Domiciliare € _____ oltre Iva _____ %;
- c. che in quanto dipendente dello studio associato/società/società cooperativa _____ le tariffe sopra riportate sono state concordate con quest'ultima;
- d. di aver conseguito il seguente titolo di studio _____
in data _____ ;
- e. ☐ di essere iscritto nel seguente Albo Professionale:
albo _____
n. di iscrizione _____
sezione _____
anno di iscrizione _____ ;
oppure
- ☐ in caso di operatore socio sanitario (OSS) o di operatore socio assistenziale (OSA), di essere in possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale;
oppure
- ☐ in caso di educatore socio-pedagogico, di aver presentato domanda di iscrizione al rispettivo Albo professionale in data _____ ;
- f. di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per contrarre con la

Pubblica Amministrazione;

- g. l'insussistenza di condanne penali che limitano di contrarre con la pubblica Amministrazione;
- h. di autorizzare l'Ambito Territoriale Sociale di Casarano ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
- i. di essere a conoscenza che, con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria, ma solo elenchi che potranno essere consultati dai beneficiari per la scelta autonoma del professionista, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;
- j. di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Casarano, ai fini dell'assunzione dei conseguenti provvedimento di competenza di quest'ultimo, compresa l'eventuale cancellazione dall'elenco;
- k. di autorizzare l'Ambito Territoriale Sociale di Casarano al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D. Lgs. n.196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679.

Allegare:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità;
2. Copia del Curriculum Vitae;
3. Attestato qualifica professionale (solo per gli operatori socio sanitari e gli operatori socio assistenziali);
4. Idonea documentazione che attesti l'inoltro della domanda di iscrizione all'albo professionale entro il 31 marzo 2025 (solo per gli educatori socio-pedagogici).

(Luogo e data)

(Firma)