Allegato 1\_Istanza di inserimento nell’elenco dei Professionisti

**Spett.le *Comune di Lecce***

***c.a. Dirigente Settore CDR 8***

***e p.c. E.Q. Servizi Sociali***

**Via Pistoia**

**Pec:** [**protocollo@pec.comune.lecce.it**](mailto:protocollo@pec.comune.lecce.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse per l’Accreditamento di Professionisti specializzati per il Progetto Home Care Premium 2025-2028**

Il/La sottoscritto/a……………………………………………………………………………………., nato/a a ………………………………............... il …………………………………….…, codice fiscale …………………………………… residente a ……………………………………… Via/piazza …………………………………………………………………n. …… Cell ………………………e-mail ……………………………………………, Titolo di studio………………………………………………… conseguito ……………………. In ……………………. data……………………., Professione……………………………………………………………….. Iscritto all’albo professionale……………………………………………………………. n. ………….. dal ………………………………………… Partita IVA …………………………… oppuredipendente dello studio associati/società…………………………………………………. Partita IVA………………………..

con sede legale ……………………………………. indirizzo ………………………………….., pec ………………….

**CHIEDE**

di essere inserito nell’elenco dei professionisti per erogare la seguente prestazione integrativa:

* a) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**
* b) servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
* c) servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
* d) servizi professionali di **fisioterapia**
* e) servizi professionali di **logopedia**
* f) servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietistica**
* g) servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive effettuati **dall’educatore professionale sociosanitario o dall’educatore professionale socio pedagogico**
* h) servizi professionali di **infermieristica.**
* 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)**.

(Per l’operatore sociosanitario (OSS) e l’operatore socioassistenziale (OSA) è necessario il possesso dell’attestazione della relativa qualifica professionale)

Per la suddetta prestazione chiede il compenso orario pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprensivo di ogni onere, che sarà rimborsato secondo quanto riportato nell’Avviso Pubblico.

Dichiara di:

1. di aver preso visione dell’avviso pubblico in oggetto e di accettare tutte le disposizioni ivi contenute;
2. di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
3. di essere consapevole che i dati relativi alla presente dichiarazione verranno pubblicati sulla Piattaforma INPS nella sezione dedicata ai professionisti accreditati;
4. l’insussistenza di condanne penali che limitano di contrarre con la pubblica Amministrazione;
5. di essere in regola con l’assolvimento degli obblighi contributivi;
6. di autorizzare il Comune di Lecce ad inserire il proprio nominativo nell’elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
7. 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;
8. di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva comunicazione al Comune di Lecce, ai fini dell’assunzione dei conseguenti provvedimento di competenza di quest’ultimo, compresa l’eventuale cancellazione dall’elenco.
9. di autorizzare il Comune di Lecce 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.

Allega:

* Curriculum Vitae
* Copia del documento di identità in corso di validità
* Attestato qualifica professionale (per OSS e OSA)

Il Professionista

(firma leggibile)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_