Comune di Carbonia

Provincia del Sud Sardegna

Distretto Sociosanitario di Carbonia

Al Comune di Carbonia

Plus Distretto socio sanitario di Carbonia

Ufficio Home Care Premium

ALLEGATO N° 2

OGGETTO: RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL' ALBO DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI CUI AL "PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025", FINANZIATO DA INPS. ISTANZA DI ISCRIZIONE LIBERI PROFESSIONISTI

Il/la sottoscritto/a _____

Nome / Cognome

nato/a a _____ prov. ____ il _____

residente in _____Via/Piazza _____ n. ____c.a.p. _____

Codice Fiscale _____

Partita IVA_____

e-mail _____

PEC _____

Tel. _____ Cell. _____

Albo Professionale _____ N. Iscrizione_____

CHIEDE

di essere iscritto all'Albo di operatori economici erogatori di prestazioni del progetto "Home Care Premium 2025" del Comune di Carbonia per le prestazioni socio assistenziali integrative di seguito indicate:

□ *servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana*

□ *servizi professionali di psicologia e psicoterapia*

□ *servizi professionali di fisioterapia*

□ *servizi professionali di logopedia*

□ *servizi professionali di biologia nutrizionale e dietista;*

□ *servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico*

□ *servizi professionali di infermieristica*

□ *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).*

Tutto ciò precisato

a questi fini, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

Dichiara

□ di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;

□ di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;

□ di essere libero professionista

Iscrizione:

□ INPS sede di _____ cap. _____ via_____ matricola_____

□ INAIL sede di _____ cap. _____ via_____ matricola_____

□ Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____;

□ P.IVA _____

□ di essere iscritto presso l'Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accreditamento dal _____*Indicare denominazione Ordine* _____

*Indicare Numero Iscrizione*_____;

□ di essere in regola con gli obblighi contributivi, come attestato dal Documento Unico di Regolarità Contributiva (DURC).

□ di non trovarsi in alcuno degli stati, condizioni o situazioni previsti dall'art. 80 del D.Lgs 50/2016, (riordino della disciplina sui contratti pubblici), fonte di principi di ordine pubblico ed economico;

□ che non sono state pronunciate sentenze di condanna passata in giudicato, ovvero sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'articolo 444 del codice di procedura penale per reati che incidono sulla affidabilità morale e professionale;

□ di non avere intrattenuto rapporti giuridici con il Comune di Carbonia caratterizzati dal sorgere di contenziosi o debiti pendenti;

□ di accettare integralmente e senza eccezione alcuna le clausole contenute nell'avviso pubblico del 25/03/2025 (bando HCP 25);

□ di accettare che i dati dei soggetti che richiedono l'iscrizione all'albo dei soggetti erogatori del progetto Home Care Premium 2025 (nominativi liberi professionisti_ proposte tariffarie) vengano trasmessi all'INPS come previsto nella convenzione tra Inps e Comune di Carbonia;

□ di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei professionisti che risulteranno visibili in procedura per ciascun Ambito Territoriale e fissare direttamente un appuntamento, inserito dal professionista stesso sulla sua area riservata (art.18 comma 2);

□ di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociosanitario dell'istituto (art.18 comma 3 bando hcp25);

□ di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate al professionista dall'Inps, con cadenza mensile, sulla base delle fatture inserite in procedura INPS e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione (art.18 comma 4);

□ che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sottoindicate prestazioni integrative, con le relative tariffe:

TIPO DI PRESTAZIONE	PROPOSTA TARIFFA A DOMICILIO Euro/ora Indicare importo orario comprensivo di tutti gli oneri IVA inclusa	TARIFFA IN STUDIO Indicare importo orario comprensivo di tutti gli oneri IVA inclusa
a) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana	€ xxx	€ xxx
b) servizi professionali di psicologia e psicoterapia		
c) servizi professionali di fisioterapia		
d) servizi professionali di logopedia		
e) servizi professionali di biologia nutrizionale e Dietista		

f) servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico		
g) servizi professionali di infermieristica		
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).		

Dichiara inoltre:

di essere consapevole che:

- nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'albo nei confronti del Comune di Carbonia, Ente capofila del PLUS di Carbonia;
- tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti iscritti all'albo dei soggetti erogatori delle prestazioni integrative HCP;

Si allega:

- *Copia certificazione iscrizione all'Albo professionale (o alla relativa Sezione) se prevista;*
- *Copia documento di riconoscimento in corso di validità;*
- *CV in formato europeo aggiornato e firmato sia per i liberi professionisti che per i dipendenti di Studi associati o Società.*

Luogo e data

_____

Timbro e Firma

_____

La stessa dovrà essere trasmessa esclusivamente a mezzo mail PEC al seguente indirizzo:

comcarbonia@pec.comcarbonia.org inserendo nell'oggetto la seguente dicitura:

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL' ALBO DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI CUI AL "PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025", FINANZIATO DA INPS.