

Allegato A) - Domanda di adesione

Alla Comunità Montana Gennargentu Mandrolisai
Ufficio di Piano del PLUS - Distretto di Sorgono
protocollo@pec.gennargentumandrolisai.it

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO FINALIZZATO ALL'ISTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI SPECIALIZZATI – PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2025/2028.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ residente a
_____ prov. _____ CAP _____ in via
_____ n. _____ codice fiscale
_____ partita _____ IVA
_____ indirizzo _____ mail
_____ PEC _____
tel. _____ Cell. _____

CHIEDE

di essere inserito in elenco per la Comunità Montana Gennargentu Mandrolisai, Ente Gestore dell'Ambito PLUS del Distretto di Sorgono, per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025 finanziato da Inps.

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione:
(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione)

- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**;
- ☐ servizi professionali di terapia della **neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**;
- ☐ servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**;
- ☐ servizi professionali di **fisioterapia**;
- ☐ servizi professionali di **logopedia**;
- ☐ servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietistica**;
- ☐ servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**. Con Chiarimento in data 11 aprile 2025, INPS ha precisato che la figura dell'educatore professionale sociosanitario di cui al DM 520/1998, prevista dall'art.17, comma 1, lettera g del Bando

HCP 2025/2028, è da ritenersi riferita, in generale, sia a soggetti minori di età che a persone maggiorenni in condizioni di disabilità. Si precisa, altresì, che le funzioni socioeducative, oltre che riabilitative, come da legislazione vigente, potranno essere svolte dall'educatore professionale sociosanitario;

☐ 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)**.

A tale fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo articolo 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIRA

☐ di essere iscritto al corrispondente Albo Professionale (**ad eccezione delle prestazioni di cui alla lett. i)**

➤ n. di iscrizione _____;

➤ data di iscrizione _____;

☐ (*esclusivamente per le prestazioni di cui alla lett. i*) di essere in possesso della qualifica di operatore sociosanitario (OSS);

☐ (*esclusivamente per le prestazioni di cui alla lett. i*) di essere in possesso della qualifica di operatore socioassistenziale (OSA);

☐ di possedere il seguente titolo di studio _____;

☐ che il tariffario orario, onnicomprensivo, è il seguente:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	TARIFFA ORARIA (indicare importo onnicomprensivo)
a) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta 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)	

- ☐ di essere in possesso di Partita IVA n.: _____;
- ☐ di essere dipendente dello/a Studio/Società/Cooperativa _____;
- ☐ di essere dotato di adeguata copertura assicurativa – contratta con la Compagnia assicurativa _____, polizza n° _____ del _____, volta a garantire le persone destinatarie del servizio, gli operatori e i soggetti terzi per danni imputabili a soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;
- ☐ di aver preso visione dell'Avviso e di accettarlo in ogni sua parte;
- ☐ di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo PEC o PEO agli indirizzi su indicati;
- ☐ di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del d.lgs. 36/2023 qui richiamati in via analogica;
- ☐ di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi;
- ☐ di autorizzare la Comunità Montana Gennargentu Mandrolisai ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
- ☐ 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, che instaura rapporti di collaborazione con l'INPS, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;
- ☐ di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, a dare tempestiva comunicazione alla CMGM ai fini dell'assunzione dei conseguenti provvedimenti di competenza, compresa l'eventuale cancellazione dall'elenco;
- ☐ di essere consapevole che le prestazioni professionali rese saranno rimborsate dall'INPS al professionista sulla base delle fatture inserite in procedura dallo stesso e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione;
- ☐ di essere informato, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

ALLEGA:

copia di un documento di identità in corso di validità (in caso di firma olografa).

Data __/__/____

Il/la Professionista
