**Al Direttore**

**Di ASC InSieme**

**OGGETTO: Manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di professionisti per l’attuazione del progetto Home Care Premium 2025 (periodo dal 01/07/2025 al 30/06/2028) nell’Ambito Territoriale Sociale (ATS) Unione Comuni Valli del Reno, Lavino, Samoggia.**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’iscrizione nell’elenco dei professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative di cui al progetto *“Home Care Premium 2025” ESCLUSIVAMENTE NELL’AMBITO TERRITORIALE DELL’UNIONE COMUI VALLI DEL RENO, LAVINO, SAMOGGIA e* per la seguente prestazione *(barrare con una crocetta la casella che interessa)*:

 Servizi professionali di **psicologia e psicoterapia,** con applicazione della seguente tariffa oraria: euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali)*;

 Servizi professionali di **fisioterapia,** con applicazione della seguente tariffa oraria: euro\_\_\_\_\_\_\_ *(onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali)*;

 Servizi professionali di **logopedia,** con applicazione della seguente tariffa oraria: euro\_\_\_\_\_ *(onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali)*;

 Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacita relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati dall’**educatore professionale sociosanitario o dall’educatore professionale socio pedagogico,** con applicazione della seguente tariffa oraria: euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali)*.

A tal fine, ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., pienamente consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 nonché delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

 l’assenza di cause ostative di cui agli artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;

di essere iscritto presso l’Albo Professionale*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(indicare la denominazione*) al numero\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal*\_\_\_\_\_\_\_\_\_*, corrispondente all’attività per cui si richiede l’iscrizione in elenco;

 **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

* di aver preso visione e di accettare, senza eccezioni e riserve, le norme e le prescrizioni contenute nel presente Avviso pubblico e nei suoi allegati;
* di essere consapevole che la partecipazione al presente Avviso non comporta alcun obbligo in carico ad ASC InSieme e all’Unione Comuni Valli del Reno, Lavino, Samoggia in merito all’effettivo instaurarsi di un rapporto professionale tra i professionisti accreditati e i beneficiari ammessi dall’INPS, nè alcun rapporto contrattuale tra ASC InSieme e Unione Comuni Valli del Reno, Lavino, Samoggia medesimi e le Parti (beneficiario della prestazione e professionista inserito nell’elenco di cui al presente Avviso ovvero individuato dal beneficiario per l’erogazione della prestazione);
* di essere consapevole di essere, a seguito dell’intervenuta iscrizione in elenco e in dipendenza dello svolgimento del rapporto contrattuale instauratosi con il beneficiario, interamente ed esclusivamente responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi, sia per gli incidenti che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento del servizio stesso; altresì per tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali;
* di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese, effettuato da INPS con cadenza mensile, avverrà solo ed esclusivamente a seguito di caricamento, da parte del professionista, della corrispondente fattura nell’area dedicata sul sito web INPS e solo previa vidimazione della stessa da parte dell’utente beneficiario, a conferma dell’avvenuto espletamento del servizio;
* di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in questione;
* di autorizzare ASC InSieme, ai sensi dell’art. 13 del GDPR 2016/679 UE, al trattamento dei dati personali contenuti nella documentazione prodotta per la presente procedura;

**ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA**

1. copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità;

2. curriculum vitae

3. Informativa Privacy

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA 2 DEL DICHIARANTE

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

1 In caso di firma con modalità autografa

2 In modalità autografa o digitale