**All’ECAD N° 17 “Montagna Pescarese”**

**Ufficio di Piano**

**Via Salvo D’Acquisto, 1**

**65024 Manoppello (PE)**

**o mezzo pec:** [**ecad.montagnapescarese@legalmail.it**](mailto:ecad.montagnapescarese@legalmail.it)

**Oggetto: richiesta di iscrizione nell’elenco dei professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative del progetto Home Care Premium 2025-2028 in favore dei beneficiari residenti nell’Ambito Territoriale Sociale n. 17 “Montagna Pescarese”.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via, c.da.c.so\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di voler essere inserito nell’elenco dei professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025-2028 per i residenti nell’Ambito territoriale Sociale ECAD n. 17 “Montagna Pescarese”. A tal fine chiede l’iscrizione per la seguente prestazione (barrare esclusivamente la casella di interesse):

* 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;
* servizi professionali di infermieristica;
* servizi professionali di cura ed assistenza alle persone con disabilità, finalizzati a soddisfare i bisogni primari e favorirne il benessere e l’autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) con in possesso di attestazione della relativa qualifica professionale

**DICHIARA**

* di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* di essere iscritto al corrispondente Albo professionale ed in particolare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data di iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* di proporre la seguente tariffa orario lorda (Iva comprensiva se dovuta) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
* di aver preso visione dell’avviso per l’individuazione dei Professionisti, iscritti ai rispetti Albi professionali di appartenenza, in grado di erogare le prestazioni integrative di cui all’art. 3 dell’Avviso di adesione al progetto Home Care premium 2025-2028 rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socio assistenziali, pubblicato dall’ Ufficio di Piano ECAD 17 “Montagna Pescarese” del Comune di Manoppello;
* di aver preso visione ed accettare le condizioni previste nel Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025-2028 – assistenza domiciliare,
* di impegnarsi a fornire le prestazioni nel rispetto di quanto previsto nei Piani Assistenziali Individuali (PAI) dei beneficiari redatti dall’INPS;
* di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni sarà reso all’INPS, solo ed esclusivamente a seguito di caricamento della corrispondente fattura nell’area dedicata sul sito INPS e previa vidimazione della stessa da parte dell’utente beneficiario, a conferma dell’avvenuto espletamento del servizio,
* di essere informato, ai sensi delle vigenti normative in tema di tutela dei dati, che i dati e le informazioni raccolte saranno utilizzati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,
* si sollevare l’ ECAD n. 17 e il Comune di Manoppello da qualsiasi responsabilità derivante dal presente procedimento.

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

IL/LA DICHIARANTE

**Allega alla presente:**

**❑**fotocopia documento di identità in corso di validità;

**❑**copia iscrizione Albo professionale.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’art. 7 dell’Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all’articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

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

IL/LA DICHIARANTE