UNIONE DEI COMUNI NORD EST TORINO

CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO
Codice Fiscale 95018840017
via Roma 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)

www.unionenet.it email: protocollo@unionenet.it PEC: unionenet@pcert.it

Allegato B

All'UNIONE DEI COMUNI NORD EST TORINO
VIA ROMA 3
10036 SETTIMO T.SE

unionenet@pcert.it

ISTANZA DI ACCREDITAMENTO PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025.

Oggetto: Istanza di accreditamento e costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del progetto Home Care Premium 2025.

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ (___)

Residente a _____ in via _____

Telefono _____PEC _____

altro indirizzo mail _____

C.F. _____

UNIONE DEI COMUNI NORD EST TORINO

CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO
Codice Fiscale 95018840017
via Roma 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)

www.unionenet.it email: protocollo@unionenet.it PEC: unionenet@pcert.it

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di "prestazioni integrative" di cui al progetto "Home Care Premium 2025 – INPS – Gestione Dipendenti Pubblici.

A tal fine ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA
di presentare tale richiesta in qualità di (indicare una sola opzione):

- ☐ Libero Professionista

  Iscritto all'Ordine Professionale_____
  Albo/Elenco speciale _____
  Numero di Iscrizione _____ Data Iscrizione_____
  Qualifica prof.le O.S.S./O.S.A. conseguita il_____ presso_____
  Partita I.V.A. n. _____

- ☐ Studio Associato _____

  con sede a _____
  Iscritto all'Ordine Professionale_____
  Albo/Elenco speciale _____
  Numero di Iscrizione _____ Data Iscrizione_____
  Qualifica prof.le O.S.S./O.S.A. conseguita il_____ presso_____
  Partita I.V.A. n. _____

- ☐ Dipendente Società/Cooperativa_____

  con sede a _____
  Iscritto all'Ordine Professionale_____
  Albo/Elenco speciale _____
  Numero di Iscrizione _____Data Iscrizione_____
  Qualifica prof.le O.S.S./O.S.A. conseguita il_____ presso_____
  Partita I.V.A. n. _____

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
  - le norme e le disposizioni contenute nell' *"AVVISO PUBBLICO PER L' ACCREDITAMENTO DI PROFESSIONISTI SPECIALIZZATI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA NELL'AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025"*, pubblicato dall'Unione dei Comuni Nord Est Torino;
  - le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
- di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n. 2016/679 del Decreto Legislativo 30.06.2023, n.196;
- di essere consapevole che l'iscrizione all'Elenco non comporta alcun obbligo giuridico a carico dell'Unione dei Comuni Nord Est Torino;
- di accettare che tutte le comunicazioni inerenti avvengano esclusivamente a mezzo posta elettronica.

DICHIARA INFINE

che potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative, con le relative tariffe.

PRESTAZIONE INTEGRATIVA	TARIFFA (costo orario + IVA se prevista)
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 biologia nutrizionale e di dietistica	
e) Servizi professionali di fisioterapia	
f) Servizi professionali di logopedia	
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.	
g) Servizi professionali di infermieri	
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).	

UNIONE DEI COMUNI NORD EST TORINO

CITTÀ METROPOLITANA DI TORINO
Codice Fiscale 95018840017
via Roma 3 – 10036 Settimo Torinese (TO)

www.unionenet.it email: protocollo@unionenet.it PEC: unionenet@pcert.it

Si allega alla presente istanza:

- Titolo di studio;
- Certificato di iscrizione all'Ordine Professionale/Albo/Elenco speciale di appartenenza ad eccezione delle prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) per le quali è necessario allegare l'attestazione della relativa qualifica professionale.;
- Curriculum Vitae;

Data_____ Firma[i]_____

[i] **La presente istanza dovrà essere sottoscritta con dispositivo di firma digitale, se sottoscritta con firma autografa, dovrà essere accompagnata da fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.**