

**Spett.le Azienda speciale consortile per la gestione
associata delle politiche sociali
Nei Comuni dell'Ambito territoriale A1**

Via Fontananuova snc
83031 Ariano Irpino (AV)

OGGETTO: domanda di iscrizione all'elenco dei soggetti da accreditare per l'erogazione delle prestazioni integrative HCP 2025_2028

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____, residente in
_____ via _____ C.F. _____
Telefono _____ Email _____
Pec _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco dei soggetti accreditati per l'erogazione delle prestazioni integrative HCP 2025_2028 dell'Ambito A01

Figura Professionale _____

in qualità di:

Libero Professionista

Con sede in _____ via _____

Con codice fiscale n. _____

con partita IVA n. _____

in alternativa,

Dipendente dello studio associato o società:

denominazione _____

P.IVA _____

Iscrizione Albo _____ dal _____

Numero iscrizione _____

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

- a) di essere cittadino/a italiano/a ovvero di appartenere ad uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- b) di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ oppure di non essere iscritto/a in nessuna lista elettorale o di esservi stato/a cancellato per i seguenti motivi:

- c) di non aver condanne penali, né di avere procedimenti penali in corso oppure di avere subito o di avere in corso i seguenti procedimenti e condanne penali:

- d) di possedere il seguente titolo di studio (se trattasi di laurea specificare triennale/specialistica/magistrale/vecchio ordinamento) _____

- e) di precisare che il titolo posseduto è equipollente al titolo richiesto ai sensi: _____

- f) di avere la qualifica professionale (laddove pertinente) di OSS o di OSA
- g) di avere il seguente recapito per eventuali comunicazioni inerenti il bando (da compilare solo se diverso dalla residenza): _____
Tel. _____;
- h) di riconoscere ed accettare che l'iscrizione nell'elenco dei soggetti da accreditare per l'erogazione delle prestazioni integrative HCP 2025_2028 non comporta alcun diritto ad essere affidatari di incarichi da parte dell'Ambito A01;

- i) di aver preso visione dell'Avviso Pubblico e di accettare quanto ivi contenuto in ogni sua parte.
- j) di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/03 e del Reg. UE 2016/67 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, in caso di instaurazione del rapporto di lavoro, per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo e a tal fine dichiara la propria disponibilità all'uso dei propri dati personali per tali fini.
- k) di essere consapevole che:
1. nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi all'Amministrazione;
 2. tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco;

Dichiara infine,

Che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative, con le relative tariffe

PRESTAZIONE	INDICARE TARIFFA ORARIA E % IVA E CASSA SE DOVUTA
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 di minori affetti da autismo, 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)	
L. 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 socioassistenziale (OSA)	

Allega alla presente:

- a) Copia di polizza assicurativa per la copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale (personale o dello studio associato o società).
- b) Copia documento di riconoscimento;
- c) Copia del titolo di studio/attestato;
- d) Iscrizione all'Albo professionale (laddove richiesto);
- e) Curriculum Vitae;
- f) Eventuali attestazioni;
- g) Altro (specificare).....

Luogo e data _____

Firma (leggibile)
