ALLEGATO A

Alla c.a. del Direttore del
Consorzio Tusciano Solidale - Ambito S04_1
dott. Antonio Domenico Florio
Pec: protocollo@pec.consorziotuscianosolidale.it

Oggetto: Modello di domanda per l'accreditamento di figure professionali abilitate all'erogazione di servizi oggetto delle prestazioni integrative previste nell'ambito del Progetto Home Care Premium – assistenza domiciliare 2025-2028 Consorzio Tusciano Solidale - Ambito S04_1

Il/la sottoscritto/a_____nato/a a _____Prov. _____, il_____
codice fiscale _____e residente a _____
Prov..____, in via _____n._____
tel. _____ email _____, PEC: _____

CHIEDE

di essere accreditato per l'erogazione dei servizi oggetto delle prestazioni integrative, così come individuati dall'art. 3 dell'Avviso dell'INPS "Adesione al Progetto Home Care 2025, rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socio-assistenziali" per il profilo di (barrare una sola casella):

- ☐ terapista occupazionale
- ☐ terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- ☐ psicologo e psicoterapeuta
- ☐ fisioterapista
- ☐ logopedista
- ☐ biologo nutrizionale
- ☐ educatore professionale sociosanitario o educatore professionale socio-pedagogico
- ☐ infermiere
- ☐ dietista
- ☐ operatore sociosanitario (OSS)
- ☐ operatore socio- assistenziale (OSA)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445,

DICHIARA,

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci:

- di essere cittadino italiano ovvero di essere cittadino extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno ovvero del seguente Stato membro dell'Unione Europea (specificare*:_____);

* In quest'ultimo caso il candidato dovrà dichiarare di godere dei diritti civili e politici nello Stato di appartenenza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;

- di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune _____;
  In caso contrario, precisare i motivi della non iscrizione e della cancellazione dalle medesime:
  _____;
- di non essere stato destituito o dispensato dall'impiego presso una Pubblica Amministrazione ovvero licenziato per persistente insufficiente rendimento o a seguito dell'accertamento che l'impiego venne conseguito mediante la produzione di documenti falsi e/o comunque con mezzi fraudolenti;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti, che impediscano, ai sensi delle norme vigenti, la costituzione del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione;

In caso contrario dichiarare le eventuali condanne penali riportate, anche in presenza di amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e gli eventuali procedimenti penali pendenti a proprio carico:_____
_____
_____;

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in: _____conseguito presso_____ in data _____ con la votazione di _____;

Qualora si dichiarino titoli di studio equiparati o equipollenti, sarà cura del candidato specificare gli estremi del provvedimento di equiparazione/equipollenza, tramite apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione, da allegare alla presente istanza. Qualora, inoltre, il candidato abbia conseguito il titolo di studio all'estero, dovrà possedere il relativo Decreto di equiparazione, da allegare alla presente istanza;

- di essere iscritto all'Albo Professionale di _____ in data _____ al n° _____;
- di essere in possesso della qualifica professionale di _____(per i soli operatori OSS ed OSA);
- di essere titolare della seguente partita IVA:_____-_____ovvero di essere dipendente della società o studio associato _____, C.F/P:IVA n._____;
- che la tariffa oraria lorda omnicomprensiva proposta è la seguente: (in cifre) €_____;
- di essere informato e di accettare, in modo incondizionato, che la tariffa oraria proposta sarà sottoposta a verifica di congruità da parte di INPS e che la predetta tariffa è vincolante per l'intera durata del progetto;
- di autorizzare il Consorzio Tusciano Solidale - Ambito S04_1 in caso di accreditamento, ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che sarà pubblicato sul portale dedicato dell'INPS;
- di accettare, avendone presa conoscenza, tutte le norme e le condizioni stabilite dall'Avviso Pubblico indetto dal Consorzio Tusciano Solidale, nonché quelle previste dal Bando Home Care Premium 2025;
- di impegnarsi, nel caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva comunicazione al Consorzio Tusciano Solidale, ai fini dell'adozione dei provvedimenti di propria competenza, compresa l'eventuale cancellazione dall'elenco.
- Di autorizzare ai sensi del Reg. UE 2016/67 il trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente richiesta;
- che l'indirizzo di PEC presso al quale inviare le comunicazioni inerenti il presente Avviso è il seguente:_____;

Allega
- Curriculum Vitae in formato europeo
- Documento di riconoscimento in corso di validità;

DATA

FIRMA

_____