|**ALLEGATO A**  
**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025-2028**

**Al Comune di Chieti**  
II Settore – Servizio Politiche Sociali  
PEC: [protocollo@pec.comune.chieti.it](mailto:protocollo@pec.comune.chieti.it)

Il/La sottoscritto/a:

* Cognome e nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Residenza: a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* PEC (se diversa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’inserimento nell’elenco dei professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative del Progetto Home Care Premium 2025-2028. Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte, pena l’esclusione dalla procedura per l’erogazione delle prestazioni integrative del Progetto Home Care Premium 2025-2028, ai sensi dell’Avviso Pubblico approvato dal Comune di Chieti.

**DICHIARA**  
Ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000:

di essere in possesso dei requisiti previsti dell’Avviso:

* di essere iscritto all’Albo professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal **/**/\_\_\_\_\_\_ con numero \_\_\_\_\_\_\_\_;
* di possedere Partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di avere copertura assicurativa RC professionale in corso di validità;
* di accettare tutte le condizioni dell’Avviso Pubblico, nonché di impegnarsi a mantenere aggiornati i propri dati e a rispettare le eventuali scadenze e procedure richieste dalla piattaforma INPS;
* di non essere in alcuna condizione di incompatibilità e di non aver riportato condanne penali che impediscano l’attività professionale;
* di essere in regola con gli obblighi contributivi (DURC);
* Cittadinanza italiana/UE o permesso di soggiorno valido
* Maggiore età (≥18 anni)
* Godimento dei diritti civili e politici
* Conoscenza della lingua italiana per cittadini stranieri
* Tracciabilità dei flussi finanziari

**PRESTAZIONI PER LE QUALI SI RICHIEDE L’ACCREDITAMENTO**

| **Tipo di prestazione** | **Titolo**  **abilitante** | **Iscrizione Albo (sì/no)** | **Costo orario + IVA se dovuta** |
| --- | --- | --- | --- |
| Servizi professionali domiciliari finalizzati al miglioramento dell’autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, erogati da terapisti occupazionali. |  |  |  |
| Servizi di terapia neuro e psicomotricità per l’età evolutiva, erogati da terapisti neuropsicomotori. |  |  |  |
| Servizi professionali di psicologia e psicoterapia. |  |  |  |
| Servizi di fisioterapia, svolti da fisioterapisti. |  |  |  |
| Servizi professionali di logopedia. |  |  |  |
| Servizi professionali di biologia nutrizionale. |  |  |  |
| Servizi specialistici per il potenziamento delle capacità relazionali ed emotive di minori con autismo, forniti da educatori professionali sociosanitari o educatori professionali socio-pedagogici. |  |  |  |
| Servizi professionali di infermieristica. |  |  |  |

**Allega**:

* Curriculum vitae aggiornato;
* Copia del documento d’identità;
* Copia del titolo abilitante e attestato iscrizione Albo;
* Eventuale altra documentazione utile.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_