

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

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____

Via _____ n. civico _____

codice fiscale n. _____

partita IVA n _____

OPPURE

dipendente presso _____

Iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine _____ Iscrizione n. _____

del _____ tel. _____

PEC _____

e-mail _____

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 di numero di partita IVA per l'attività specificata oggetto di richiesta di accreditamento

- di essere dipendente dello studio associato/Società _____
con sede a _____ in Via _____ n. _____
codice fiscale _____
partita IVA _____

- di essere iscritto all'Albo professionale _____ dal // _____ con numero _____;
- 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/ attestato di qualifica si/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			
Servizi professionali di logopedia.			
Servizi professionali di biologia nutrizionale e dietista			
Servizi specialistici per il potenziamento delle capacità relazionali ed emotive, forniti da educatori professionali sociosanitari o educatori professionali socio-pedagogici.			
Servizi professionali di infermieristica.			
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)			

Tipo di prestazione	Titolo abilitante	Iscrizione Albo/ attestato di qualifica si/no	Costo orario + IVA se dovuta
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:

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

Data _____

Firma _____