



CONSORZIO INTERCOMUNALE SERVIZI SOCIALI (C.I.S.S.) DEL PINEROLESE

Modello Allegato A

Consorzio Intercomunale Servizi Sociali  
C.I.S.S. del Pinerolese  
Via Montebello n. 39  
10064 Pinerolo (TO)

**AVVISO PUBBLICO PER L'ISTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI SANITARI  
SPECIALIZZATI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL  
PROGETTO I.N.P.S. "HOME CARE PREMIUM" AVENTE VALIDITA' DAL 01 LUGLIO 2025 AL  
30 GIUGNO 2028.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

con Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

con Partita IVA n. \_\_\_\_\_

*oppure*

dipendente della società \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_

con Partita IVA n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto nell'Elenco di professionisti sanitari specializzati per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del Progetto I.N.P.S. "Home Care Premium 2025-2028".

A tal fine, anche 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**

1. che non sussistono nei propri confronti le cause di esclusione di cui all'art. 94 del d.lgs. n. 36/2023;

2. di essere iscritto al n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso il seguente Ordine Professionale: \_\_\_\_\_

3. di impegnarsi a rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
4. di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n 2016/679 e del Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196;
5. di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente le norme e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico per l'istituzione di un elenco di professionisti sanitari specializzati per l'erogazione delle prestazioni integrative nell'ambito del Progetto I.N.P.S. "Home Care Premium 2025-2028";
6. di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica certificata al proprio indirizzo sopra indicato;
7. di essere informato che ai sensi e per gli effetti del D.lgs. 196/2003 e s.m.i., che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
8. di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra variazione rilevante dei dati e/o dei requisiti richiesti per la partecipazione alla presente procedura.

**DICHIARA ALTRESI**

1. di impegnarsi a fornire le sotto indicate prestazioni aggiuntive alle relative tariffe e di essere consapevole che le tariffe proposte, prima della stipula della Convenzione, saranno assoggettate all'approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali dell'I.N.P.S., alla quale spetta la verifica di congruità:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	TARIFFA PRESTAZIONE DOMICILIARE <i>(indicare importo orario e IVA se dovuta)</i>	TARIFFA PRESTAZIONE IN STUDIO <i>(indicare importo orario e IVA se dovuta)</i>
--------------------------	---	---

a) servizi professionali di <b>psicologia e psicoterapia</b>		
b) servizi professionali di <b>fisioterapia</b>		
c) servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall' <b>Educatore Professionale Socio Sanitario o dall'Educatore Professionale Socio Pedagogico</b>		
d) servizi professionali di cura e assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da <b>Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) e da Operatore Socio Assistenziale (O.S.A.)</b>		

**ALLEGÀ**

1. Curriculum Vitae;
2. Fotocopia non autenticata di valido documento d'identità.

....., .....

[Luogo]

[Data]

.....

[Firma leggibile]