

## Allegato 1 all'avviso pubblico

Al Direttore della Società della Salute  
della Lunigiana  
[Largo Giromini, 2](#)  
[54011 Aulla](#)

**Oggetto: Istanza di partecipazione all'avviso pubblico finalizzato alla costituzione di un elenco di Professionisti iscritti ai relativi Albi professionali di appartenenza per l'erogazione di prestazioni integrative di cui agli artt. 17 e 18 del Bando "Progetto Home Care Premium 2025 Assistenza domiciliare", finanziato da INPS.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

### Manifesta interesse

**Ad essere iscritto nell'elenco dei professionisti della SdS Lunigiana per l'erogazione delle prestazioni integrative di cui al progetto "Home Care Premium 2025" (01/07/2025 -30/06/2028), nella seguente sezione:**

*(barrare con una crocetta la sezione che interessa in relazione alla prestazione professionale offerta)*

| Opz<br>ion<br>e          | Sezi<br>one | Prestazione integrativa offerta   | Costo orario della prestazione erogata a domicilio da indicare nella casella corrispondente alla scelta operata | Costo orario della prestazione erogata presso lo studio da indicare nella casella corrispondente alla scelta operata |
|--------------------------|-------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> | A           | servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale   |   |  |
| <input type="checkbox"/> | B           | servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva  |   |  |
| <input type="checkbox"/> | C           | servizi professionali di psicologia e psicoterapia  |   |  |
| <input type="checkbox"/> | D           | servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica  |   |  |
| <input type="checkbox"/> | E           | servizi professionali di fisioterapia   |   |  |
| <input type="checkbox"/> | F           | servizi professionali di logopedia  |   |  |
| <input type="checkbox"/> | G           | servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico   |   |  |
| <input type="checkbox"/> | H           | servizi professionali di infermieristica  |   |  |
| <input type="checkbox"/> | 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) e da operatore socioassistenziale (OSA). |   |  |

*È escluso l'intervento di natura professionale medica.*

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445/2000, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000,

### DICHIARA

*(barrare tutte le voci che interessano)*

- di essere in possesso della cittadinanza italiana, ovvero di cittadinanza comunitaria o extracomunitaria con permesso di soggiorno in corso di validità;

- 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: \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione ed alla permanenza del rapporto di pubblico impiego;
- di non avere procedimenti pendenti relativi ai reati di cui sopra;
- di non trovarsi in altre condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
- di essere in regola con il versamento dei contributi, assistenziali, previdenziali ed assicurativi;
- [per i soli candidati di nazionalità straniera]** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
- assenza di situazioni di incompatibilità e conflitto di interesse;
- di dichiarare il pieno rispetto delle disposizioni sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679;
- non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del decreto legislativo n.36/2023, e s.mm.ii.;
- di possedere idonea polizza assicurativa per la responsabilità civile professionale e per eventuali danni arrecati ai destinatari delle prestazioni e a terzi, oppure
- di impegnarsi a stipularla e a darne relativa comunicazione alla SdS Lunigiana, a seguito dell'approvazione dell'elenco;
- di impegnarsi a collaborare con la SdS Lunigiana nel monitoraggio costante dell'erogazione delle prestazioni professionali ai beneficiari;
- di avere preso visione dell'Avviso pubblico e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
- di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del Progetto HOME CARE PREMIUM 2025 residenti nel territorio della SdS Lunigiana.

**CHIEDE DI ESSERE CENSITO IN ELENCO E IN PROCEDURA INPS COME:**

*(barrare esclusivamente la voce di proprio interesse – è ammessa esclusivamente l'iscrizione con UNA sola delle due modalità)*

- 1) LIBERO PROFESSIONISTA MUNITO DI PARTITA IVA**
- 2) PROFESSIONISTA DIPENDENTE DI STUDIO ASSOCIATO/ SOCIETÀ/COOPERATIVA**

A tal fine, dichiara sotto la propria personale responsabilità il possesso dei seguenti ulteriori requisiti professionali:

**Per i liberi professionisti (1)**

- Di possedere il seguente titolo di studio idoneo all'esercizio dei servizi previsti nella sezione dell'elenco in cui richiede l'iscrizione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Albo Professionale **(indicare la denominazione completa e l'eventuale sezione locale di iscrizione)** \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscrizione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_;
- Di essere in possesso della partita IVA n. \_\_\_\_\_;

**Per i professionisti dipendenti di studi associati/società (2)**

- Di possedere il seguente titolo di studio idoneo all'esercizio dei servizi previsti nella sezione dell'elenco in cui richiede l'iscrizione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_;
- Di essere iscritto all'Albo Professionale **(indicare la denominazione completa e l'eventuale sezione locale di iscrizione)** \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_;
- Di non essere in possesso della partita IVA, in quanto dipendente del/della seguente studio/società: **(completare tutti i campi richiesti)**  
 Denominazione completa: \_\_\_\_\_, con sede legale in  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_,  
 P.IVA \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_, nominativo del  
 legale rappresentante \_\_\_\_\_.
- Di aver acquisito il consenso dell'ente da cui dipende sia in relazione alle modalità di erogazione/fatturazione delle prestazioni integrative HCP 2025, che con riferimento alla copertura assicurativa dei rischi connessi.

**Per le prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) singolo è necessario il possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale (l'attestato potrà essere prodotto od autocertificato ai sensi della normativa vigente).**

A tal fine il candidato che manifesta interesse dovrà dichiarare quanto segue:

- Di essere in possesso del seguente titolo \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

■ Di essere dipendente della Cooperativa in qualità di \_\_\_\_\_ ed in possesso del seguente titolo

**Dichiara e si impegna a praticare per le prestazioni rese nell'ambito del progetto HCP 2025 la seguente tariffa oraria/unitaria (comprensiva di IVA ed ogni altro onere dovuto (l'informazione è obbligatoria):**

*(Si ricorda che la tariffa proposta è soggetta a verifica di congruità da parte dell'INPS)*

**DICHIARA INFINE**

- di accettare che tutte le comunicazioni relative al presente avviso pubblico avvengano esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo indicato nella presente istanza;
- di essere consapevole che con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria dei professionisti richiedenti, ma semplicemente un elenco, diviso in sezioni, che potrà essere consultato dai beneficiari del progetto HCP per la scelta autonoma del professionista al quale rivolgersi per l'erogazione delle prestazioni integrative;
- di essere consapevole che l'iscrizione nell'elenco non determina l'insorgenza di alcun rapporto lavorativo o obbligazione economica tra la SdS e i professionisti abilitati, né assunzione di corresponsabilità da parte della SdS rispetto alle prestazioni da questi rese;
- di essere consapevole che il professionista iscritto in elenco resta l'unico responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi durante l'esecuzione delle prestazioni in favore del beneficiario, sia per gli eventi avversi che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento delle stesse. È inoltre interamente ed esclusivamente responsabile di tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali.
- di essere consapevole che, con l'iscrizione in elenco, si impegna a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso dell'erogazione delle prestazioni professionali a cui è abilitato;
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR);

**ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA:**

- copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità **(obbligatoria solo in caso di firma autografa)**

**L'istanza va sottoscritta dal professionista interessato con firma digitale o autografa.**

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESSIONISTA \_\_\_\_\_

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FORMATO MARCO

DATA FIRMA: 23/05/2025 12:21:59

IMPRONTA: 39623637386435386538363333616238316337366562653532616562343932633338353034373135