



# COMUNE DI RAPOLLA

Provincia di Potenza

**Capofila Ambito Socio Territoriale n° 5 Vulture Alto Bradano**  
(Comuni di: Atella, Banzi, Barile, Forenza, Genzano di Lucania, Ginestra, Lavello, Maschito, Melfi, Montemilone, Palazzo San Gervasio, Pescopagano, Rapolla, Rapone, Rionero in Vulture, Ripacandida, Ruvo del Monte, San Fele e Venosa)



*Allegato B - Modello di domanda*

**Al Comune di RAPOLLA  
Capofila dell'Ambito Socio Territoriale n° 5  
Vulture Alto Bradano  
Via Aldo Moro n° 27  
RAPOLLA**

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI "HOME CARE PREMIUM 2025-2028". RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI PROFESSIONISTI.**

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

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_ ]

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

con codice fiscale n. \_\_\_\_\_

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

PEC \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**Libero Professionista Titolare di Partita IVA:** \_\_\_\_\_

**in alternativa:**

*(inserire di seguito i dati della società o studio associato)*

**Dipendente dello studio associato o società** \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

legalmente rappresentato da \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti e fragili nell'ambito del Progetto "Home Care Premium 2025 - INPS - Gestione Dipendenti Pubblici per la seguente prestazione integrativa: *(barrare la casella di interesse)*

BARRARE LA CASELLA	PRESTAZIONE	Tariffa <i>(indicare importo orario)</i>
	Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da <b>terapista occupazionale</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di <b>terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutive</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di <b>psicologia e psicoterapia</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di <b>fisioterapia</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di <b>logopedia</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di biologia nutrizionale e di <b>dietistica</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall' <b>educatore professionale socio pedagogico</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	Servizi professionali di <b>infermieristica</b>	Domiciliare € _____ Studio € _____
	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 <b>operatore sociosanitario (OSS)</b> e da <b>operatore socioassistenziale (OSA)</b> .	Domiciliare OSS € _____  Domiciliare OSA € _____

A tal fine 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

- di essere iscritto al relativo Albo Professionale \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ *(non compilare per prestazioni OSS ed OSA)*.
- di essere libero professionista titolare di P.IVA o dipendente di società/studio associato all'atto della sottoscrizione della presente domanda.
- di aver preso visione e di accettare il Bando Home Care Premium 2025 pubblicato dall'INPS il 26/03/2025 e l'Avviso di cui all'oggetto;
- di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
- di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
- essere in regola, secondo la vigente normativa, in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro - D.Lgs. 81/08;
- di essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99
- 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;

**DICHIARA INOLTRE,**

- di aver preso visione, conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente le disposizioni contenute nella Manifestazione di interesse pubblicata dal Comune di Rapolla, Capofila dell'Ambito Socio Territoriale n° 5 Vulture Alto Bradano;
- di aver preso visione del contenuto e dei requisiti di ciascun servizio e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
- di essere consapevole che nessun rapporto di lavoro viene ad instaurarsi tra il professionista accreditato e l'ATS;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.
- consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che la copia della documentazione allegata alla presente domanda è **conforme all'originale** in proprio possesso ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000;

Allega:

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia attestazione della relativa qualifica professionale (allegare solo per operatore socio sanitario **OSS** e operatore socioassistenziale **OSA**).

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

\_\_\_\_\_