



Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



OGGETTO: PROGETTO “HOME CARE PREMIUM 2025”. DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL’ ELENCO DEI PROFESSIONISTI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE.

Il sottoscritto _____ Nato il _____
a _____ [_____] In qualità di _____ con
sede in _____ Via _____ con
codice fiscale n. _____ con partita IVA n. _____
tel. _____ cell. _____ PEC _____
e-mail _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

☐ di essere iscritto al relativo ALBO PROFESSIONALE al n. _____

(le domande degli educatori socio pedagogici, possono essere accolte purché sia stata presentata domanda di iscrizione all'Albo professionale entro il 31 marzo 2025 ai sensi della legge n. 15/2025)

- ☐ di essere libero professionista
- ☐ di essere dipendente della società o studio associato (se dipendente, indicare denominazione società o studio associato) _____
- ☐ 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,
- ☐ l'assenza di cause ostative di cui agli articoli dal 94 al 98 del D.Lgs. n. 36/2023 e s.m.i.;
- ☐ di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e dalle norme in materia di previdenza e assistenza;
- ☐ di 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 applicare il D. Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679, in materia di tutela della privacy.

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative a favore di persone non autosufficienti e fragili nell'ambito del Progetto “Home Care Premium 2025”, promosso dall'INPS, per la seguente prestazione integrativa (barrare la casella interessata):

barrare	Descrizione prestazione integrativa	ora/seduta/ trattamento	Costo massimo
---------	-------------------------------------	----------------------------	------------------



Città di Potenza

Unità di Direzione Servizi alla Persona



			unità (incluso IVA)
	Servizi professionali di psicologia e psicoterapia		€
	servizi professionali di fisioterapia		€
	Servizi professionali di logopedia		€
	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale		€
	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva		€
	servizi professionali di biologia nutrizionale		€
	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati dall' educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico.		€
	Servizi professionali di infermeristica		€
	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).		€

Dichiaro 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.

Allega documento di riconoscimento in corso di validità.

Potenza,

Firma