**Modello di domanda \_ scadenza 30/05/2025**

AL COMUNE DI SCIACCA

CAPOFILA DEL **DISTRETTO SOCIO SANITARIO N.7**

**UFFICIO ATTIVITA’ SOCIALI**

**PEC:** [**protocollo@comunedisciacca.telecompost.it**](mailto:protocollo@comunedisciacca.telecompost.it)

OGGETTO: Richiesta di iscrizione nell’elenco degli operatori professionali per le prestazioni integrative del progetto INPS - Home Care Premium 2025-2028 finanziato dall’INPS

**Il//la sottoscritto/a**

**Cognome e Nome**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data di nascita**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Luogo di nascita**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Codice Fiscale**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Partita IVA** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indirizzo di residenza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Via/Piazza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **CAP**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Comune**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Provincia**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Telefono**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Email**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Email PEC**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Avendo preso visione dell’Avviso pubblicato dal Comune di Sciacca \_ Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 7**

**CHIEDE L’ISCRIZIONE NELL’ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PREVISTI DAL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 \_ ASSISTENZA DOMICILIARE \_ PER I SEGUENTI SERVIZI PROFESSIONALI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| | **Selezione** | **Servizio professionale** | **Tariffa oraria lorda (€) \*** | | --- | --- | --- | | ☐ | Servizi domiciliari per l'autonomia nelle attività quotidiane – *Terapista occupazionale* |  | | ☐ | Terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva |  | | ☐ | Psicologia e psicoterapia |  | | ☐ | Fisioterapia |  | | ☐ | Logopedia |  | | ☐ | Biologia nutrizionale |  | | ☐ | Servizi per minori affetti da autismo – Educatore sociosanitario / Educatore socio pedagogico |  | | ☐ | Infermieristica |  | |

\*Indicare una tariffa oraria lorda ( IVA compresa se dovuta) , conforme alle normative vigenti e/o alle direttive dell’Ordine professionale di riferimento. La tariffa indicata sarà assoggettata all’approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali, alla quale spetta la verifica di congruità.

**a tal fine,**

**DICHIARA**

**INFORMAZIONI PROFESSIONALI**

**Professione assistenziale** (indicare il titolo professionale ): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Numero di iscrizione all’Albo professionale**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Albo di appartenenza**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Provincia di iscrizione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Titolo di studio** (indicare il titolo di laurea o qualifica equivalente):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Università/Istituto di conseguimento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Anno di conseguimento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale** (es. corsi di formazione, specializzazioni, abilitazioni):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* + **Ente che ha rilasciato la certificazione**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + **Data di rilascio**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REQUISITI LEGALI E PROFESSIONALI**

**Dichiarazione di assenza di procedimenti penali in corso** (barrare la casella se applicabile):

☐ Dichiaro di non essere attualmente sottoposto a procedimenti penali e di non aver riportato condanne penali.  
☐ In caso contrario, specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative vigenti in materia di privacy e sicurezza in ambito sanitario, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e delle disposizioni nazionali applicabili.

**ALLEGATI ALLA DOMANDA**  
In allegato alla presente domanda, si forniscono i seguenti documenti in copia:

☐ **Titolo di studio**

☐ I**scrizione all’Albo professionale**

☐ **Curriculum vitae aggiornato e firmato**

**☐ Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale**

**☐ Altri documenti rilevanti (specificare):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ **Documento di identità in corso di validità**

**DICHIARAZIONE FINALE**  
Dichiaro che le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere e complete e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni fornite.

**Data**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_