

trasmissione via PEC protocollo@pec.comune.sassari.it

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE DI CUI AL “PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025-2028”, FINANZIATO DA INPS.

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. ____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____
Codice Fiscale _____ Partita IVA _____
Albo Professionale _____ N. Iscrizione _____
Qualifica professionale _____ Data conseguimento _____ titolo _____ abilitante _____
e-mail _____
PEC _____ Tel. _____ Cell. _____

in qualità di:

- libero professionista con partita IVA;
- dipendente del seguente studio associato, società o cooperativa:

CHIEDE

di essere iscritto nell’Elenco Fornitori del Plus Sassari Porto Torres, Sorso e Stintino nell’ambito del Progetto “Home Care Premium 2025-2028”, per le prestazioni integrative di seguito indicate:

TIPO DI PRESTAZIONE	PROPOSTA TARIFFARIA Euro/ora
<input type="checkbox"/> terapista occupazionale	_____
<input type="checkbox"/> terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	_____
<input type="checkbox"/> psicologo	_____
<input type="checkbox"/> psicoterapeuta	_____
<input type="checkbox"/> biologo nutrizionale	_____
<input type="checkbox"/> dietista	_____
<input type="checkbox"/> fisioterapista	_____
<input type="checkbox"/> logopedista	_____
<input type="checkbox"/> educatore professionale sociosanitario	_____
<input type="checkbox"/> educatore professionale sociopedagogico	_____
<input type="checkbox"/> infermieri professionali	_____

operatore socio sanitario (OSS) _____

operatore socio assistenziale (OSA) _____

Tutto ciò precisato

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

per se stesso dichiara

- di accettare integralmente e senza eccezione le clausole contenute nel Bando di concorso di Progetto Home Care Premium - Assistenza domiciliare 2025-2028, nell'Avviso di Adesione e ss.mm.ii.;
- di accettare integralmente e senza eccezione le clausole contenute nell'Avviso indetto dal Plus di Sassari, Porto Torres, Sorso e Stintino per l'accREDITAMENTO di professionisti erogatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto INPS Home Care Premium 2025.

Allegati:

attestazione/certificazione della qualifica professionale abilitante all'esercizio della professione

eventuale contratto individuale di assunzione in qualità di dipendente per conto di studi associati, società o cooperative

N.B. La dichiarazione potrà essere sottoscritta digitalmente dal soggetto istante, ovvero con firma autografa corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.

Luogo e data

Firma