

**ALLEGATO A**

**All' Ufficio di Piano**

**Distretto RM 6.1**

**PEC: segretariatosociale@pec.comune.grottaferrata.rm.it**

**OGGETTO: richiesta accreditamento per la costituzione di un elenco di professionisti erogatori di prestazioni integrative di cui al "PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025" finanziato da INPS (come da Integrazione all'Avviso di adesione al Progetto pubblicato in data 15/05/2025 sul sito INPS).**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Albo Professionale \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

➤ P.Iva \_\_\_\_\_

➤ Lavoratore dipendente presso \_\_\_\_\_

\*in caso di lavoro dipendente allegare il contratto di lavoro

**CHIEDE**

l'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal "Progetto Home Care Premium 2025" finanziato da Inps.

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione:  
(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione)

	<b>SERVIZI</b>	<b>IMPORTO ORARIO</b>
<input type="checkbox"/>	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale	€
<input type="checkbox"/>	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	€
<input type="checkbox"/>	servizi professionali di psicologia e psicoterapia	€
<input type="checkbox"/>	servizi professionali di fisioterapia	€
<input type="checkbox"/>	servizi professionali di logopedia	€
<input type="checkbox"/>	servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica	€
<input type="checkbox"/>	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive effettuate dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico	€
<input type="checkbox"/>	Servizi professionali di infermieristica	€

**Tutto ciò precisato**

a questi fini, 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,

**DICHIARA**

(barrare con una x)

## ALLEGATO A

- di accettare integralmente e senza eccezione alcuna le clausole contenute nell'Avviso pubblico del 25/03/2025 (bando HCP 25);
- di non trovarsi in alcuno degli stati, condizioni o situazioni previsti dall'artt. 94-96 del D.Lgs. 36/2023, fonte di principi di ordine pubblico ed economico;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale, secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti alle norme in materia di sicurezza e ad ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- di accettare che i dati di accreditamento al progetto Home Care Premium 2025 (nominativi liberi professionisti proposte tariffarie) vengano trasmessi all'INPS come previsto nella convenzione tra Inps e Distretto Socio-Sanitario RM 6.1;
- di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei professionisti che risulteranno visibili in procedura per ciascun Ambito Territoriale e fissare direttamente un appuntamento, inserito dal professionista stesso sulla sua area riservata (art. 18 co. 2 del Bando HCP 25);
- di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociosanitario dell'istituto (art.18 co. 3 del Bando HCP 25);
- di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate, con cadenza mensile, sulla base delle fatture inserite in procedura INPS dallo stesso e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione (art.18 co. 4 del Bando HCP 25);
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da Inps.

### ULTERIORI DICHIARAZIONI

(barrare con una x)

- di aver preso visione dell'Avviso di Accreditamento periodo 2025 - 2028 e di accettarne integralmente i contenuti, sotto responsabilità civile e penale;
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano attraverso la PEC [segretariatosociale@pec.comune.grottaferrata.rm.it](mailto:segretariatosociale@pec.comune.grottaferrata.rm.it) ;
- nell'ambito delle prestazioni per cui si è stati accreditati e senza alcuna remunerazione aggiuntiva, di essere disponibili all'apprendimento delle funzionalità tecniche ed operative degli strumenti tecnologici in uso agli utenti e ai soggetti accreditati e alla partecipazione ad incontri di coordinamento gestionali a cura del Coordinamento Territoriale Area Senescenza e Disabilità del Distretto Socio-Sanitario RM 6.1;
- di non essere in condizione di non poter contrattare con la pubblica amministrazione, ai sensi del D. Lgs. 231/2001;
- di godere dei diritti civili e politici;
- di non aver riportato condanne penali con sentenza passata in giudicato che comportino interdizione dai pubblici uffici;
- di essere informati, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**N.B.** La dichiarazione deve essere sottoscritta digitalmente dal soggetto istante ovvero, in caso di firma chirografa, deve esser corredata da fotocopia, non autenticata, del documento di identità del sottoscrittore. La stessa dovrà essere trasmessa esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo: [segretariatosociale@pec.comune.grottaferrata.rm.it](mailto:segretariatosociale@pec.comune.grottaferrata.rm.it) .

Luogo e data

Firma