Al Comune di BRA

Servizi Socio assistenziali

Piazza caduti Libertà n. 14

12042 BRA CN

[*c*](mailto:sesaler@pec.it)*omunebra@postecert.it*

**Oggetto: Istanza di accreditamento e costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative nell’ambito del progetto Home Care Premium 2025 - 2028**

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

**CHIEDE**

di essere iscritto nell’elenco di soggetti attuatori di “prestazioni integrative” di cui al progetto “Home Care Premium 2025 – INPS – Gestione Dipendenti Pubblici.

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 presso l’Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l’accreditamento;
* di essere autorizzato per l’espletamento del servizio *(indicare gli estremi)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
* 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, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente:
* le norme e le disposizioni contenute nell’Avviso pubblico emanato dal Comune di Bra;
* le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025;
* di aver preso visione del contenuto, dei requisiti e degli standard di qualità di ciascun servizio e di accettarli integralmente e incondizionatamente;
* di essere consapevole che:
* nessun obbligo giuridico deriva dall’iscrizione all’Elenco da attribuirsi al Comune di BRA;
* tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente al soggetto in Elenco ;
* di accettare che tutte le comunicazioni dell’Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica, nonché, in aggiunta e a discrezione, a mezzo posta;

**Dichiara infine,**

* che, sulla base dei Piani Assistenziali elaborati, potrà fornire le sotto indicate prestazioni integrative, con le relative tariffe

|  |  |
| --- | --- |
| SERVIZIO | TARIFFA  Indicare importo orario + iva se dovuta |
| A Servizi professionali domiciliari  finalizzati a migliorare  l’autonomia personale nelle  attività di vita quotidiana,  effettuati da **terapista**  **occupazionale** |  |
| B. Servizi professionali di **terapia**  **della neuro e psicomotricità**  **dell’età evolutiva** |  |
| C. Servizi professionali di **psicologia**  **e psicoterapia** |  |
| D. Servizi professionali di  **biologia nutrizionale** |  |
| E. Servizi professionali di  **fisioterapia** |  |
| F. Servizi professionali di  **logopedia** |  |
| G. 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.** |  |
| H. Servizi professionali di  **infermieristica** |  |

* che, ai sensi di quanto disposto dall’articolo 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” sono stato informato di quanto segue:
* i dati personali raccolti dall’Ambito saranno trattati, con e senza l’ausilio di strumenti elettronici, per l’espletamento delle attività istituzionali relative al presente procedimento e agli eventuali procedimenti amministrativi e giurisdizionali conseguenti (compresi quelli previsti dalla L.241/90 sul diritto di accesso alla documentazione amministrativa) in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza e comunque nel rispetto della normativa vigente.

Luogo e data

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

Timbro e Firma

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

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità e curriculum vitae.