

Allegato A

All’Ufficio Servizi Sociali
Comune di Nicosia
Capofila del Distretto Socio Sanitario n.23
pec servizisociali@pec.comune.nicosia.en.it

OGGETTO: Istanza per l’Accreditamento dei Professionisti erogatori delle prestazioni integrative previste nel progetto HOME CARE PREMIUM 2025

Il sottoscritto _____, nato a _____(____), il _____ e
residente a _____(____), via _____n. ____,
CF _____, Telefono _____, PEC _____
Mail _____

in qualità di:

- libero professionista -Partita IVA _____
- dipendente della Società/cooperativa sociale _____
sita a _____, in via _____
Partita IVA (della coop. soc.) _____

CHIEDE

- di essere accreditato nell’elenco dei Professionisti del Distretto socio sanitario 23 per le prestazioni integrative del progetto Home Care Premium 2025, per i seguenti servizi e con le seguenti tariffe:

Segnare con "X" la casella corrispondente alla prestazione per cui si chiede l'iscrizione	Prestazioni integrative	Tariffa proposta (comprensiva di oneri contributivi e fiscali)	
		Costo Studio	Costo Domicilio
	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 di dietista	€	€
	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	€	€
	i) 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) .	€	€

A tal fine, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n° 445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, :

DICHIARA

(Art. 46 - D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

- di essere iscritto/a all'Albo Professionale/ Ordine dei/degli _____ con sede in _____ data iscrizione _____, n° iscrizione _____;
- di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo _____;
- *per gli operatori OSA e OSS: di essere in possesso dell'attestazione della qualifica professionale di.....rilasciata da.....il.....
(allegare l'attestazione);*
- di aver preso visione dell'Avviso di Accreditamento approvato dal comune di Nicosia, capofila del D23, e di accettarlo in ogni sua parte;
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo pec o e-mail agli indirizzi su indicati;
- di essere informato, 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;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza.

Luogo e Data _____ Firma _____

N.B. Per garantire la leggibilità, *compilare* il modulo con computer e NON a mano.

Firmare digitalmente o con firma autografa allegando, in tal caso, documento di riconoscimento in corso di validità.

Trasmettere la dichiarazione in formato pdf.