

Al Comune di Fonte Nuova
Settore Servizi Sociali
Capofila del Progetto HCP 2025
PEC: protocollo@cert.fonte-nuova.it

Oggetto: Richiesta iscrizione all'elenco operatori prestazioni integrative progetto HCP 2025 (Dietista, OSS, OSA come da Integrazione all'Avviso di adesione al Progetto pubblicato in data 15/05/2025 sul sito INPS)

Il/la sottoscritto/a
nato/a Stato il
residente a prov. cap
in vian.
telefono e-mail
codice fiscale _____
partita IVA _____

(in alternativa)

Dipendente della società/studio _____ P. Iva _____ con sede legale in _____
rappresentato legalmente da _____ nato a _____ il _____
codice fiscale _____
indirizzo mail _____ PEC _____
tel. _____

CHIEDE

L'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto *Home Care Premium 2025* finanziato dall'Inps per gli Ambiti territoriali RM 5.1 e 5.2 – Comune capofila Fonte Nuova.

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione:

(barrare con una x la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione)

	SERVIZI	IMPORTO ORARIO
<input type="checkbox"/>	servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica	€

□	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 socio sanitario (OSS) e da operatore socio assistenziale (OSA)	€
---	---	---

A tale, fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dal successivo articolo 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate

DICHIARA

In caso di iscrizione per:

- Servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica
Di essere iscritto al corrispondente **Albo Professionale**
- n. di iscrizione
- data di iscrizione.....
- 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 socio sanitario (OSS) e da operatore socio assistenziale (OSA)**
Di essere in possesso dell'**attestazione della relativa qualifica**.
- di aver preso visione dell'Avviso di Accreditamento e di accettarlo in ogni sua parte;
- di accettare che tutte le comunicazioni avvengano a mezzo PEC o PEO (sportellohcp@fontenuova.it);
- di essere in possesso dei requisiti professionali richiesti e, senza alcuna remunerazione aggiuntiva, di essere disponibile all'apprendimento delle funzionalità tecniche ed operative degli strumenti tecnologici in uso agli utenti, al Comune Capofila ed all'INPS;
- di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023 qui richiamati in via analogica;
- che il soggetto si impegna a far fronte ai bisogni degli utenti nel rispetto di quanto previsto nei piani assistenziali individuali (PAI) redatti dall'Inps;
- che il soggetto è dotato di adeguate coperture assicurative volte a garantire le persone destinatarie del servizio, gli operatori e i soggetti terzi per danni imputabili a soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;
- di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese avverrà con cadenza mensile, solo ed esclusivamente a seguito di caricamento della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito web Inps e solo previa vidimazione della stessa da parte dell'utente beneficiario, a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio;
- 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 prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e problematiche nei pagamenti gestiti direttamente dall'Inps.

SI ALLEGA:

- copia di un documento d'identità in corso di validità(se firma olografa);
- copia iscrizione Albo Professionale o copia dell'Attestato di Qualifica.

Data

Il dichiarante

.....

N.B. *Relativamente agli allegati le autocertificazioni richieste possono essere prodotte solo nelle forme e con le modalità di cui al D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni e integrazioni.*

Ai fini dell'iscrizione all'elenco non verranno considerate ammissibili altre forme di autocertificazione ovvero la produzione di documentazione il luogo di certificazione, se non effettuate secondo le disposizioni legislative vigenti.