

All'ECAD N° 17 "Montagna Pescara"

Ufficio di Piano

Via Salvo D'Acquisto, 1

65024 Manoppello (PE)

o mezzo pec: ecad.montagnapescarese@legalmail.it

Oggetto: richiesta di iscrizione nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative del progetto Home Care Premium 2025-2028 in favore dei beneficiari residenti nell'Ambito Territoriale Sociale n. 17 "Montagna Pescara".

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ c.f. _____ P.Iva _____
_____ residente in _____ via,
c.da.c.so _____ n. _____ Cittadinanza _____
_____ Telefono _____
Cell _____ @mail _____
pec _____

CHIEDE

di voler essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025-2028 per i residenti nell'Ambito territoriale Sociale ECAD n. 17 "Montagna Pescara". A tal fine chiede l'iscrizione per la seguente prestazione (barrare esclusivamente la casella di interesse):

- ☐ servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapisti occupazionali;
- ☐ servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
- ☐ servizi professionali di psicologia e psicoterapia;
- ☐ servizi professionali di fisioterapia;
- ☐ servizi professionali di logopedia;
- ☐ servizi professionali di biologia nutrizionale;
- ☐ 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;
- ☐ servizi professionali di infermieristica.

DICHIARA

- ✓ di essere in possesso del seguente titolo di studio _____
conseguito presso _____ in data _____,
- ✓ di essere iscritto al corrispondente Albo professionale ed in particolare _____
n. iscrizione _____ data di iscrizione _____,
- ✓ di proporre la seguente tariffa orario lorda (Iva comprensiva se dovuta) € _____,
- ✓ di aver preso visione dell'avviso per l'individuazione dei Professionisti, iscritti ai rispetti Albi professionali di appartenenza, in grado di erogare le prestazioni integrative di cui all'art. 3 dell'Avviso di adesione al progetto Home Care premium 2025-2028 rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi

socio assistenziali, pubblicato dall' Ufficio di Piano ECAD 17 "Montagna Pescaresse" del Comune di Manoppello;

- ✓ di aver preso visione ed accettare le condizioni previste nel Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025-2028 – assistenza domiciliare,
- ✓ di impegnarsi a fornire le prestazioni nel rispetto di quanto previsto nei Piani Assistenziali Individuali (PAI) dei beneficiari redatti dall'INPS;
- ✓ di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni sarà reso all'INPS, solo ed esclusivamente a seguito di caricamento della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito INPS e previa vidimazione della stessa da parte dell'utente beneficiario, a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio,
- ✓ di essere informato, ai sensi delle vigenti normative in tema di tutela dei dati, che i dati e le informazioni raccolte saranno utilizzati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa,
- ✓ si sollevare l' ECAD n. 17 e il Comune di Manoppello da qualsiasi responsabilità derivante dal presente procedimento.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

Allega alla presente:

- ☐ fotocopia documento di identità in corso di validità;
- ☐ copia iscrizione Albo professionale.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'art. 7 dell'Avviso sul trattamento dei dati personali di cui all'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime formale autorizzazione.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE
