

PEC: [protocollogenerale@pec.comune.ribera.ag.it](mailto:protocollogenerale@pec.comune.ribera.ag.it)

**RICHIESTA D'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PER LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE DEL PROGETTO INPS HOME CARE PREMIUM 2025-2028**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

○ Via/Piazza: \_\_\_\_\_

○ Comune: \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

○ Telefono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

○ Email PEC: \_\_\_\_\_

**Avendo preso visione dell'Avviso pubblicato dal Comune di Ribera Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 6**

**CHIEDE L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PREVISTI DAL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 PRESTAZIONI INTEGRATIVE ASSISTENZA DOMICILIARE PER I SEGUENTI SERVIZI:**

( ) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**.

( ) 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**.

a tal fine,

## DICHIARA

### INFORMAZIONI PROFESSIONALI

**Professione assistenziale** (indicare il titolo professionale): \_\_\_\_\_

**Numero di iscrizione all'Albo professionale:** \_\_\_\_\_

○ **Albo di appartenenza:** \_\_\_\_\_

○ **Provincia di iscrizione:** \_\_\_\_\_

**Titolo di studio** (indicare il titolo di laurea o qualifica equivalente): \_\_\_\_\_

○ **Università/Istituto di conseguimento:** \_\_\_\_\_

○ **Anno di conseguimento:** \_\_\_\_\_

**Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale** (indicare eventuali certificazioni aggiuntive relative alle cure domiciliari): \_\_\_\_\_

○ **Ente che ha rilasciato la certificazione:** \_\_\_\_\_

○ **Data di rilascio:** \_\_\_\_\_

### REQUISITI LEGALI E PROFESSIONALI

**Dichiarazione di assenza di procedimenti penali in corso** (barrare la casella se applicabile):

☐ Dichiaro di non essere sottoposto a procedimenti penali in corso e di non avere condanne penali.

☐ In caso contrario, specificare: \_\_\_\_\_

☐ Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative di privacy e sicurezza sanitarie.

## ALLEGATI ALLA DOMANDA

In allegato alla presente domanda, si forniscono i seguenti documenti:

- ☐ Titolo di studio;
  - ☐ Iscrizione all'Albo professionale
  - ☐ Curriculum Vitae;
  - ☐ Documento di riconoscimento;
  - ☐ Eventuali attestazioni;
  - ☐ Proprio tariffario congruo alle tariffe nazionali e/o definite da ordini professionali o associazioni di categoria.
  - ☐ Altri documenti rilevanti (specificare): \_\_\_\_\_
- 

## DICHIARAZIONE FINALE

Dichiaro che le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere e complete e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni fornite.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR) e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni) si informa che, il trattamento dei dati personali forniti, sarà effettuato esclusivamente per il completamento delle procedure relative alla presente richiesta. I dati personali saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente, e verranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario per raggiungere gli scopi per cui sono stati raccolti.

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_