

PEC: 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: _____