

Spett.le AMBITO SOCIALE TERRITORIALE
di Cirò Marina
Area Servizi alla Persona
c/o CSM via G. Mazzini,17
PEC: comune.ciromarina@asmepec.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per l'Accreditamento di Professionisti specializzati per il Progetto Home Care Premium 2025-2028

Il/La sottoscritto/a.....,
nato/a a il
codice fiscale residente a
Via/piazzan.
Celle-mail
posta elettronica
Titolo di studio/ Qualifica Professionale..... conseguito
..... in data.....
Professione.....
Iscritto all'albo professionale.....
n. dal partita IVA
Attestato di qualifica OSS/OSA conseguito in data
Presso.....

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per erogare la seguente prestazione integrativa:

- ☐ 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 e di dietistica**
- ☐ servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**

- ☐ servizi professionali di **infermieristica**.
- ☐ servizi professionali di cura e di assistenza alle persone in condizione di disabilità, finalizzati a soddisfare i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da **operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA)**.

DICHIARA

☐ di essere in possesso di numero di partita IVA per l'attività specificata oggetto di richiesta di accreditamento e inoltre di essere iscritto presso l'Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accREDITamento;

☐ di essere dipendente dello studio associato/Società _____ con sede a _____ in Via _____ n. _____ codice fiscale _____ partita IVA _____

Per la suddetta prestazione chiede il **compenso orario** pari ad € _____, comprensivo di ogni onere, che sarà rimborsato secondo quanto riportato nell'Avviso Pubblico.

Dichiara di:

- ☐ di aver preso visione dell'avviso pubblico in oggetto e di accettare tutte le disposizioni ivi contenute;
- ☐ di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- ☐ di essere consapevole che i dati relativi alla presente dichiarazione verranno pubblicati sulla Piattaforma INSP nella sezione dedicata ai professionisti accreditati

Allega:

- Curriculum Vitae
- Copia del documento di identità in corso di validità
- Iscrizione all'Albo-Ordine professionale
- Attestato di qualifica OSS/OSA

Il Professionista
(firma leggibile)
