



**CITTÀ di MONTESILVANO**  
(Provincia di Pescara)  
**SETTORE II - SERVIZI ALLA PERSONA**



Piazza Diaz, 1 - 65015 MONTESILVANO - codice fiscale 00193460680 - Tel. 085.44811 - [www.comune.montesilvano.pe.it](http://www.comune.montesilvano.pe.it)

ALLEGATO B

**Richiesta di inserimento nell'elenco dei Professionisti HCP 2025**

**IL SOTTOSCRITTO**

|                                                                                                                                                                 |        |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 1) Cognome*                                                                                                                                                     |        |                   |
| Nome*                                                                                                                                                           |        | Data di nascita * |
| Luogo di nascita*                                                                                                                                               | Sesso* | Codice Fiscale*   |
| Telefono Cellulare*                                                                                                                                             |        |                   |
| Email*                                                                                                                                                          |        |                   |
| Telefono fisso                                                                                                                                                  |        |                   |
| Pec                                                                                                                                                             |        |                   |
| Domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento                                                                                                     |        |                   |
| Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica: |        |                   |
|                                                                                                                                                                 |        |                   |

**CHIEDE**

L'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025 finanziato da Inps per il l'Ambito Territoriale ECAD 18 Montesilvano. A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione: (barrare le caselle di interesse)

- ☐ 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 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 sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA)

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n.445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

|                                                      |          |
|------------------------------------------------------|----------|
| Di essere in possesso del seguente titolo di studio* |          |
| Conseguito presso*                                   | In data* |

|                                                          |                  |              |
|----------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| Di essere iscritto al corrispondente Albo professionale* |                  |              |
| Numero iscrizione*                                       | Data iscrizione* | Partita Iva* |

|                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|
| Di proporre la seguente tariffa oraria lorda (iva compresa se dovuta)* |
|------------------------------------------------------------------------|

- ☐ di aver preso visione dell'avviso per l'individuazione dei Professionisti, iscritti al rispettivo Albo professionale di appartenenza, in grado di erogare le prestazioni integrative di cui all'art. 3 dell'Avviso di adesione al Progetto Home Care Premium 2025 rivolto agli Ambiti Territoriali Sociali o agli Enti Pubblici istituzionalmente preposti a rendere servizi socio assistenziali, pubblicato dal Comune di Montesilvano e di accettarlo in ogni sua parte
- ☐ di aver preso visione ed accettare le condizioni previste nel Bando di Concorso progetto Home Care Premium 2025 - Assistenza domiciliare
- ☐ di impegnarsi a far fronte ai bisogni degli utenti nel rispetto di quanto previsto nei piani assistenziali individuali (PAI) redatti dall'Inps
- ☐ 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 validazione 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 aver preso atto e di accettare di essere designato quale "Responsabile esterno del trattamento" dei dati personali e sensibili dei beneficiari e dei loro familiari, che saranno raccolti in relazione all'espletamento del servizio e di impegnarsi a trattare i dati esclusivamente al fine dell'espletamento dello stesso

**ALLEGARE:**

- Copia iscrizione Albo Professionale

**Informativa sul trattamento dei dati personali**

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- ☐ dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

| Luogo* | Data* | Il Dichiarante |
|--------|-------|----------------|
|        |       |                |