

Al Comune di Acireale

Capofila del Distretto Socio Sanitario 14

[protocollo.comune.acireale@pec.it](mailto:protocollo.comune.acireale@pec.it)

**Oggetto:** Istanza di accreditamento per la costituzione di un elenco di professionisti erogatori di prestazioni integrative per il progetto “Home Care Premium 2025-2028”

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'inserimento nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal “Progetto Home Care Premium 2025” finanziato da INPS.

A tale scopo chiede l'iscrizione per la seguente prestazione e il relativo importo orario (omnicomprensivo):  
(barrare con una *x* la/e sezione/i per cui si chiede l'iscrizione)

| Figura Professionale                                                                  | Tariffa Minima -<br>Massima | Importo orario |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Terapista occupazionale                                      | € 30,21 - € 56,11           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Terapista della neuro e psicomotricità<br>dell'età evolutiva | € 31,98 - € 59,40           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Psicologi e psicoterapisti                                   | € 39,34 - € 73,06           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Biologo Nutrizionale                                         | € 51,94 - € 96,46           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Dietista                                                     | € 47,84 - € 88,84           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista                                               | € 31,94 - € 59,32           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Logopedista                                                  | € 34,05 - € 63,23           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Educatore                                                    | € 20,01 - € 37,43           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Infermiere                                                   | € 26,28 - € 48,80           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Operatore sociosanitario (OSS)                               | € 16,50 - € 30,64           | € _____        |
| <input type="checkbox"/> Operatore socioassistenziale (OSA)                           | € 15,64 - € 29,04           | € _____        |

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

☐ di essere regolarmente iscritto all'albo professionale (o relativa Sezione) \_\_\_\_\_  
corrispondente all'attività, per cui si chiede l'iscrizione in elenco della Regione \_\_\_\_\_;

☐ di essere libero professionista Iscrizione:

INPS sede di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

INAIL sede di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della  
presente procedura, di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

• ***in alternativa solo per OSA e OSS***

☐ di essere in possesso della relativa qualifica professionale, che si allega alla presente istanza;

☐ di essere professionista dipendente della Soc. Coop. Sociale denominata \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_;

• ***per tutti:***

☐ di accettare integralmente e senza eccezione alcuna le clausole contenute nell'Avviso pubblico del  
25/03/2025 (bando HCP 25);

☐ di non trovarsi in alcuno degli stati, condizioni o situazioni previsti dall'artt. 94-96 del D.lgs. 36/2023,  
fonte di principi di ordine pubblico ed economico;

☐ l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale,  
secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;

☐ l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti alle norme in materia di sicurezza e  
ad ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;

☐ di accettare che i dati di accreditamento al progetto Home Care Premium 2025 (nominativi liberi  
professionisti proposte tariffarie) vengano trasmessi all'INPS come previsto nella convenzione tra INPS  
e il DSS 14;

☐ di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei professionisti che risulteranno visibili in  
procedura per ciascun Ambito Territoriale e fissare direttamente un appuntamento, inserito dal  
professionista stesso sulla sua area riservata (art. 18 co. 2 del Bando HCP 25);

☐ di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociosanitario  
dell'istituto (art.18 co. 3 del Bando HCP 25);

☐ di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate, con cadenza mensile, sulla base delle fatture  
inserite in procedura INPS dallo stesso e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione  
della prestazione (art.18 co. 4 del Bando HCP 25);

☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente  
istanza prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e  
problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da INPS;

☐ di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n. 2016/679  
e del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196;

☐ che, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 sono stato  
informato di quanto segue: i dati personali forniti e raccolti in occasione del presente procedimento,  
nonché l'esito delle eventuali verifiche degli stessi, verranno, così come dettagliatamente indicato nella  
"informativa al trattamento dati" trattati esclusivamente in funzione e per i fini di legge e del presente

procedimento, conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità del presente procedimento, presso l'Ufficio di Piano Distrettuale del Comune di Acireale; i dati personali saranno conservati anche per periodi più lunghi esclusivamente ai fini di archiviazione nel pubblico interesse. Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Acireale.

**Si allega:**

- ***Per tutti:***  
copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- ***Solo per OSA e OSS***  
copia dell'attestazione della relativa qualifica professionale;  
copia contratto di lavoro dipendente;  
autorizzazione del datore di lavoro (Cooperativa Sociale).

Luogo, data

Firma

---

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/la \_\_\_\_\_ attesta di essere informato, ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 integrato dal DGPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

**Firma** \_\_\_\_\_