

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art.47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Oggetto: Avviso di istruttoria pubblica per la presentazione di manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di professionisti iscritti ai relativi Albi di appartenenza per l'erogazione di prestazioni integrative di cui agli artt. 17 e 18 del Bando HOME CARE PREMIUM 2025 Assistenza Domiciliare finanziato da INPS.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
**in qualità di libero professionista**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
**dependente di studio associato** denominazione \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ C.F./ P.IVA \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
**dependente della società** denominazione \_\_\_\_\_  
con sede legale in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ C.F./ P.IVA \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
rappresentante legale \_\_\_\_\_

### MANIFESTA INTERESSE PER

**richiedere l'iscrizione Elenco dei liberi professionisti delle prestazioni integrative nei Comuni dell'Area Pratese** previste nell'ambito del Progetto Home Care Premium 2025 - INPS - *Periodo 01/07/2025 -30/06/2028* per le seguenti prestazioni:

- servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**;
- servizi professionali di **terapia nella neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**;
- servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**;
- servizi professionali di **biologia nutrizionale**;
- servizi professionali di **fisioterapia**;

- servizi professionali di **logopedia**;
- 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 sociopedagogico**;
- servizi professionali di **infermieristica**;

E' escluso l'intervento di natura professionale medica

**e a tal fine DICHIARA CHE**

Ai sensi del DPR n° 445 del 28.12.2000, artt. 46 e 47, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n°445 del 28.12.2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio

\_\_\_\_\_

- Di aver conseguito l'abilitazione presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

- Di essere iscritto all'albo Nazionale di \_\_\_\_\_ Regionale  
\_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / con  
numero di iscrizione \_\_\_\_\_

•	Di avere preso visione dell'Avviso e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
•	Di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del progetto HCP 2025 residenti nei Comuni della Provincia di Prato
•	Di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D.Lgs n. 36/2023;
•	Di possedere idonea polizza assicurativa contro il rischio delle responsabilità civili per danno a persone o cose conseguenti all'attività del servizio;
•	Di non trovarsi in alcuna delle cause di decadenza, di sospensione previste dall'art. 67 del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n.159 o di un tentativo di infiltrazione mafiosa di cui all'art. 84, c.4, del medesimo codice (art. 94, c.2 D.Lgs. n. 36/2023);
•	Che nei propri confronti non è stata applicata la sanzione interdittiva di cui all'art. 9, c. 2, lett. c) del D.Lgs. n. 231/2001 e/o altra sanzione che comporta il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione, compresi i provvedimenti interdittivi di cui all'art. 14 del D. Lgs. 09/04/2008 n. 81 (art.94, c.5, lett. a) D. Lgs. 36/2023);
	Di non essere stato vittima dei reati previsti e puniti dagli articoli 317 e 629 del codice penale

●	aggravati ai sensi dell'articolo 7 del decreto-legge 13 maggio 1991, n.152, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 1991, n. 203;
●	Che non è stata pronunciata alcuna condanna, passata in giudicato per qualsiasi reato che determina l'incapacità a contrarre con la P.A

**DICHIARA INOLTRE**

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali - RGPD) pubblicato sul sito web della Società della Salute Pratese [www.sds.prato.it](http://www.sds.prato.it);
- che nessun obbligo giuridico deriva dall'iscrizione all'Elenco da attribuirsi all' SDS Area Pratese;
- che tutti i rapporti giuridici ed economici con il personale che svolge le prestazioni fanno carico esclusivamente ed integralmente ai soggetti in Elenco, per cui l' SDS Area Pratese rimane del tutto estraneo a tali rapporti, sicché nei suoi confronti non può essere esercitata alcuna azione di risarcimento, indennizzo e/o rivalsa;
- che il libero professionista deve indicare le tariffe per la prestazione integrativa per cui si candida, come previsto dall' art 3 dell'avviso INPS di Adesione al Progetto, e dall'art. 5 dell' Avviso pubblico di manifestazione di interesse della SdS Area Pratese, e che le stesse saranno assoggettate all'approvazione della Direzione Centrale Credito Welfare e Strutture Sociali alla quale spetta la verifica di congruità.

Indicare la tariffa:

**SI IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati e/o requisiti richiesti

**N.B.: le dichiarazioni di cui al presente modulo devono essere rese e sottoscritte digitalmente o con firma autografa dal libero professionista; in entrambi i casi dovrà essere allegato copia del documento d'identità in corso di validità del soggetto sottoscrittore.**

(luogo e data) \_\_\_\_\_

(firma del libero professionista )

\_\_\_\_\_

*N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.*