



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

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 all'art. 17 del Bando HOME CARE PREMIUM 2025 Assistenza Domiciliare e all'art.3 dell'Avviso di Adesione

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 P.IVA _____

dipendente di studio associato
denominazione _____
con sede legale in _____ (cap _____) Via _____ n. _____
Telefono _____ C.F./ P.IVA _____
e-mail _____ PEC _____

dipendente 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 all'Elenco dei professionisti accreditati per l'erogazione 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 della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
- servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietista**
- servizi professionali di **fisioterapia**
- servizi professionali di **logopedia**



Allegato 1 – Nuovo modello Domanda di partecipazione

- servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita della capacità relazionali ed emotive riferite sia a soggetti minori di età che a persone maggiorenni in condizione di disabilità, 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 soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da **operatore socio sanitario (OSS) e da operatore socio assistenziale (OSA)**

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 alla professione di _____
presso _____ in data ___/___/___
- Di essere iscritto all'albo Nazionale _____ Ordine Regionale _____ sezione _____ dal ___/___/___/___ con numero di iscrizione _____
- Di essere in possesso dell'attestazione professionale di: OSS OSA
Rilasciato da _____ il _____

	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 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;
- 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 estranea a tali rapporti, sicché nei suoi confronti non può essere esercitata alcuna azione di risarcimento, indennizzo e/o rivalsa;

E SPECIFICA LE SEGUENTI TARIFFE

Prestazione	Tariffa in Studio	Tariffa a domicilio

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.

Il dichiarante allega la seguente documentazione:

Allegato 2 "Adempimenti monitoraggio" debitamente compilato e sottoscrittore

Copia documento di identità in corso di validità

(luogo e data) _____

(firma del libero professionista)
