

**Allegato A) Istanza manifestazione interesse**

All'Unione Reno Galliera  
Ufficio di Piano  
Via Pescerelli n. 47  
40018 San Pietro in Casale (BO)

unione@pec.renogalliera.it

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025" (PERIODO 01.07.205 - 30.06.2025).**

**DICHIARAZIONE**  
**ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss. mm.**

Il sottoscritto/a, Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov/Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto nell'elenco dei professionisti per l'erogazione di "prestazioni integrative" di cui al progetto "Home Care Premium 2025" nell'Ambito Territoriale Sociale Pianura Est (Comuni di Argelato, Baricella, Bentivoglio, Budrio, Castel Maggiore, Castello d'Argile, Castenaso, Galliera, Granarolo dell'Emilia, Malalbergo, Minerbio, Molinella, Pieve di Cento, San Giorgio di Piano, San Pietro in Casale).

A tal fine ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- ☐ di essere regolarmente iscritto all'albo professionale \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ (numero di iscrizione \_\_\_\_\_), dal \_\_\_\_\_ corrispondente all'attività per cui si chiede l'iscrizione in elenco (**da compilare per le figure di psicologo, psicoterapista, fisioterapista, logopedista, educatore professionale sociosanitario, educatore professionale socio pedagogico**);  
oppure

- ☐ di essere in possesso dell'attestazione della qualifica professionale (*da allegare alla presente istanza*) di:

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

- 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 \_\_\_\_\_;

Partita IVA \_\_\_\_\_

- di non trovarsi nelle condizioni previste dagli artt. dal 94 al 98 del Codice, D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii;
- di impegnarsi ad adempiere alle prescrizioni di cui all'art. 18 del Bando di concorso progetto Home Care Premium 2025, assistenza domiciliare;
- di accettare che tutte le comunicazioni dell'Amministrazione avvengano a mezzo posta elettronica;
- di obbligarsi ad erogare la prestazione integrativa secondo il proprio tariffario riportato in tabella, consapevole che lo stesso tariffario sarà oggetto di convalida da parte dell'ente INPS;
- che, sulla base dei Piani Assistenziali Individualizzati, potrà erogare le sotto indicate prestazioni integrative con applicazione delle relative tariffe (omnicomprensive di tutti gli oneri di legge: IVA, se dovuta, bolli, ritenute previdenziali).

**Barrare e indicare la prestazione per cui si intende presentare domanda (*barrare con una x*) :**

| Barrare la prestazione per cui si intende presentare domanda | Prestazione Integrativa HCP 2025                                                                                                                                                                                 | Professionista                                                                | Tariffa oraria<br>omnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA, se dovuta, bolli, ritenute previdenziali<br>( <i>barrare almeno una delle opzioni o entrambe ed indicare il relativo tariffario</i> ) |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                     | Servizi professionali di psicologia e psicoterapia                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Psicologo<br><input type="checkbox"/> Psicoterapeuta | <input type="checkbox"/> domicilio € _____<br><input type="checkbox"/> studio € _____                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                     | Servizi professionali di fisioterapia                                                                                                                                                                            | Fisioterapista                                                                | <input type="checkbox"/> domicilio € _____<br><input type="checkbox"/> studio € _____                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                     | Servizi professionali di logopedia                                                                                                                                                                               | Logopedista                                                                   | <input type="checkbox"/> domicilio € _____<br><input type="checkbox"/> studio € _____                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                     | servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico | <input type="checkbox"/> Educatore professionale sociosanitario               | <input type="checkbox"/> domicilio € _____<br><input type="checkbox"/> studio € _____                                                                                                                     |
|                                                              |                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Educatore professionale socio pedagogico             | <input type="checkbox"/> domicilio € _____<br><input type="checkbox"/> studio € _____                                                                                                                     |

| Barrare la prestazione per cui si intende presentare domanda | Prestazione Integrativa HCP 2025                                                                                                                                                                                                                                  | Professionista                                                                                                         | Tariffa oraria<br>omnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA, se dovuta, bolli, ritenute previdenziali<br>(barrare almeno una delle opzioni o entrambe ed indicare il relativo tariffario) |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                     | 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). | <input type="checkbox"/> operatore sociosanitario (OSS)<br><input type="checkbox"/> operatore socioassistenziale (OSA) | <input type="checkbox"/> domicilio € _____                                                                                                                                                       |

### DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione, ben conoscere e di accettare, senza eccezioni e riserve, le norme e le prescrizioni contenute nell'“AVVISO PUBBLICO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO INPS “HOME CARE PREMIUM 2025” (PERIODO 01.07.2025 - 30.06.2028)” emanato dall'Unione Reno Galliera, in qualità di Ente capofila del Distretto Pianura Est;
- di essere consapevole che la partecipazione alla presente procedura non comporta alcun obbligo in carico all'Unione Reno Galliera in merito all'instaurarsi di un rapporto professionale tra i professionisti accreditati all'elenco e i beneficiari ammessi dall'INPS, nonché nessun rapporto contrattuale tra Unione Reno Galliera e le Parti (beneficiario delle prestazioni e professionista inserito nell'elenco di cui al presente Avviso ovvero individuato dal beneficiario per l'erogazione delle prestazioni);
- di essere consapevole, a seguito dell'intervenuta iscrizione in elenco, di essere interamente ed esclusivamente responsabile di eventuali danni causati, per qualsiasi motivo, ai beneficiari a causa di errori, omissioni o condotte o negligenze nell'esercizio dell'attività professionale in esecuzione dei servizi oggetto di prestazioni integrative;
- di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese, effettuato da INPS con cadenza mensile, avverrà solo ed esclusivamente a seguito di caricamento, da parte del professionista, della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito web INPS e solo previa vidimazione della stessa da parte dell'utente beneficiario, a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio;
- di aver preso visione, ben conoscere e accettare integralmente e incondizionatamente le norme e le disposizioni contenute nel Bando Pubblico - Home Care Premium 2025.

### PRENDE ATTO CHE

ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni, concernente il “Codice in materia di protezione dei dati personali”, del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 101/2018, recante le disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679:

- il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'accesso al contributo relativo all' “AVVISO PUBBLICO PER L'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO INPS “HOME CARE PREMIUM 2025” (PERIODO 01.07.2025 - 30.06.2028)”;
- il trattamento degli stessi dati sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali;

- c. il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- d. il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- e. il dichiarante può esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., avendo come riferimento il responsabile competente del trattamento degli stessi così come individuato dalla stessa Amministrazione [di cui al punto f)];
- f. il titolare del trattamento è l'Unione Reno Galliera - Ufficio di Piano distrettuale.

**ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA**

- copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità;
- dell'attestazione della qualifica professionale di operatore sociosanitario (OSS)/operatore socioassistenziale (OSA)

\_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_  
data

Firma e timbro

\_\_\_\_\_  
N.B. La dichiarazione deve essere firmata con firma autografa o digitale, corredata da copia di valido documento di identità.