

## ALLEGATO B

*da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e socio- sanitarie*

### MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E PRESTAZIONI

1.

#### Istruttoria Pubblica / manifestazione di interesse – INPS Progetto Home Care Premium 2022

Il / La sottoscritto / a \_\_\_\_\_ nato / a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
avente sede legale in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.F. / P.IVA \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ avente la seguente forma giuridica: \_\_\_\_\_

(inserire altri eventuali recapiti telefonici \_\_\_\_\_)

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di servizi di assistenza alla persona (c.d. "prestazioni integrative" ) relative al programma INPS Home Care Premium 2022 – 2025" (selezionare le tipologie di prestazioni che ci si candida ad erogare)**

| TIPOLOGIA D'INTERVENTO            | OPERATORE                                                                   | DESCRIZIONE SERVIZIO |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| ART.21 BANDO HCP <b>LETTERA A</b> | EDUCATORE PROFESSIONALE                                                     |                      |
| ART.21 BANDO HCP <b>LETTERA B</b> | FISIOTERAPISTA                                                              |                      |
|                                   | PSICOMOTRICISTA                                                             |                      |
|                                   | LOGOPEDISTA                                                                 |                      |
|                                   | PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA<br>(con esperienza nell'ambito dell'età evolutiva) |                      |
| ART.21 BANDO HCP <b>LETTERA L</b> | EDUCATORE PROFESSIONALE                                                     |                      |

e a tal fine **DICHIARA E INFORMA**  
**CHE**

**L'impresa / ente svolge attività di:**

---

---

---

---

---

---

---

**Può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:**

---

---

---

---

**Risorse (mezzi, attrezzature, capitale) effettivamente messe a disposizione delle attività progettuali oggetto del presente avviso:**

---

---

---

---

---

**Il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:**

---

---

---

---

Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse:

---

---

---

---

---

**DICHIARA inoltre**

- di essere accreditato, per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco, secondo il disposto della LR 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specificate;
- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e il Bando INPS Home Care Premium 2022-2025;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/16, che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- di avere la capacità tecnica e organizzativa di erogare i servizi nei tempi e nelle modalità previste dall'Avviso pubblico;
- di accettare le modalità amministrative di presa in carico dell'assistito assegnato e di rendicontazione delle prestazioni;
- di avere idonea copertura assicurativa durante lo svolgimento delle attività.

**ALLEGA**

i curricula degli operatori che saranno impiegati nelle attività

**S'IMPEGNA**

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

---

---

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: ALESSANDRO CAMPANI

DATA FIRMA: 27/07/2023 12:53:26

IMPRONTA: 36323562313362303566383535396461386137666463366332353838663738313034653363383865