

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 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 LETTERA A	EDUCATORE PROFESSIONALE	
ART.21 BANDO HCP LETTERA B	FISIOTERAPISTA	
	PSICOMOTRICISTA	
	LOGOPEDISTA	
	PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA (con esperienza nell'ambito dell'età evolutiva)	
ART.21 BANDO HCP LETTERA L	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.

ALLEGÀ

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)

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

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