

ALLEGATO C

da compilare a cura dei liberi professionisti che forniscono le prestazioni sociali e socio-sanitarie

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

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. _____
P.IVA _____
Tel _____ email _____
Pec _____

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione di servizi di assistenza alla persona (c.d. “prestazioni integrative”) relativo 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 (BARRARE)
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**

- Di essere in possesso del seguente titolo di studio_____
- Di essere iscritto all'albo/ordine professionale (ove previsto)_____ della provincia di_____ dal ____/____/____ con numero_____

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:

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

DICHIARA inoltre

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e il Bando INPS Home CarePremium 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;
- di non trovarsi in situazione di conflitto d'interesse con l'Azienda USL Toscana Nord Ovest

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 CV e 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 12:52:57

IMPRONTA: 36323562313362303566383535396461386137666463366332353838663738313034653363383865