

ALLEGATO B – MODELLI DI DOMANDA

MODELLO 1) 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**

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 qualita 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 <u>LETTERA A</u>	OSS	
	EDUCATORE PROFESSIONALE	
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA B</u>	PSICOLOGO	
	FISIOTERAPISTA	
	LOGOPEDISTA	
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA C (PRESSO CENTRI DIURNI)</u>		
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA D</u>		
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA G</u>		
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA L</u>	EDUCATORE PROFESSIONALE	
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA M</u>		

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, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso

· 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
(max 1 pagina) :

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)
legale

(firma del
rappresentante)

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

MODELLO 2) da compilare a cura dei liberi professionisti

**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 a _____ () il ____ / ____ / ____ /
C.F./P.IVA _____ residente in _____
(cap _____) Via _____ n. _____
P.IVA _____ Tel. _____
_____,
e-mail _____
PEC _____

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 <u>LETTERA A</u>	OSS	
	EDUCATORE PROFESSIONALE	
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA B</u>	PSICOLOGO	
	FISIOTERAPISTA	
	LOGOPEDISTA	
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA C</u> <u>(PRESSO CENTRI DIURNI)</u>		
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA D</u>		
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA G</u>		
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA L</u>	EDUCATORE PROFESSIONALE	
ART.21 BANDO HCP <u>LETTERA M</u>		

e a tal fine DICHIARA

- 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 (max 1 pagina) :

DICHIARA inoltre

- 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;
- di non trovarsi in situazione di conflitto di interesse con l'Azienda USL Toscana Nord Ovest.

S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione di stato ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti

(luogo e data)

(firma)

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: 21/06/2022 15:18:12

IMPRONTA: 36323562313362303566383535396461386137666463366332353838663738313034653363383865