

**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  
sede legale in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_  
n.\_\_\_\_\_  
C.F./PIVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ PEC  
\_\_\_\_\_, avente la seguente forma giuridica:  
\_\_\_\_\_, (inserire altri eventuali  
recapiti \_\_\_\_\_ )

**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)**

<b>TIPOLOGIA D'INTERVENTO</b>	<b>OPERATORE</b>	<b>DESCRIZIONE SERVIZIO</b>
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 E INFORMA CHE**

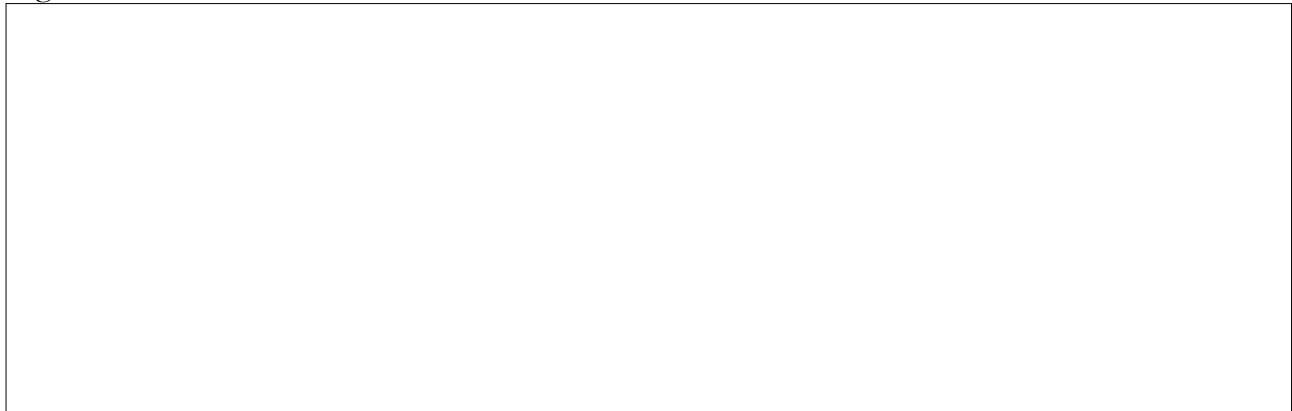
- l'impresa/ente svolge attività di:

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

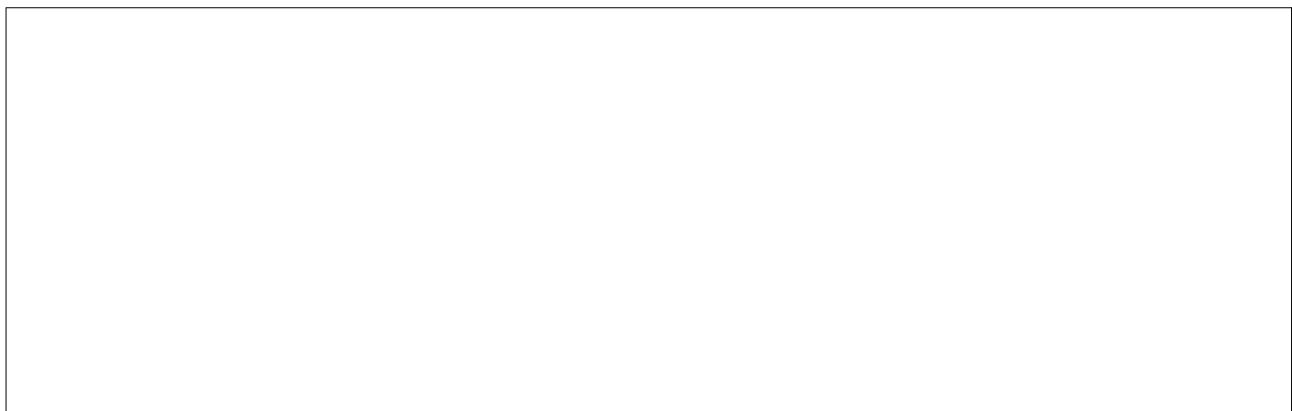
- risorse (mezzi, attrezzature, personale, capitale) dell'operatore economico nel suo complesso

- 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.

**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)  
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)**

<b>TIPOLOGIA D'INTERVENTO</b>	<b>OPERATORE</b>	<b>DESCRIZIONE SERVIZIO</b>
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*