

Allegato C all'avviso pubblico

Al Direttore Generale Fondazione Territori
Sociali Alta Val d'Elsa

ftsa@pec.it

Oggetto: Istanza di partecipazione all'avviso pubblico finalizzato alla costituzione di un elenco di Professionisti iscritti ai relativi Albi professionali di appartenenza per l'erogazione di prestazioni integrative di cui agli artt. 17 e 18 del Bando "Progetto Home Care Premium 2025 Assistenza domiciliare", finanziato da INPS.

Il/la sottoscritto/a _____
nato il _____ a _____ Codice Fiscale _____
residente in _____ CAP _____ via _____ n. _____
telefono _____ e-mail: _____ PEC: _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'elenco dei professionisti della FTSA dper l'erogazione delle prestazioni integrative di cui al progetto "Home Care Premium 2025" (01/07/2025 -30/06/2028), nella seguente sezione:

(barrare con una crocetta la sezione che interessa in relazione alla prestazione professionale offerta)

Opzione	Sezione	Prestazione integrativa offerta
☐	A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale
☐	B	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
☐	C	servizi professionali di psicologia e psicoterapia
☐	D	servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica
☐	E	servizi professionali di fisioterapia
☐	F	servizi professionali di logopedia
☐	G	servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico
☐	H	servizi professionali di infermieristica

FONDAZIONE TERRITORI SOCIALI ALTAVALDELTA

SEDE LEGALE: C/O COMUNE DI POGGIBONSI – PIAZZA CAVOUR, 2 - 53036 – POGGIBONSI (SI)

SEDE OPERATIVA: VIA PIAVE, 40 - 53036 - POGGIBONSI (SI)

TEL. 0577 91791 - FAX 0577 917946 - PARTITA IVA 01134140522 – www.ftsa.it – info@ftsa.it – pec: ftsa@pec.it

☐	I	servizi professionali di cura e di assistenza alle persone in condizione di disabilità *, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia, effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA). *Si precisa che, in risposta a specifico quesito, INPS ha chiarito che i servizi effettuati da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA) sono rivolti a tutti i beneficiari.
--------------------------	---	--

È escluso l'intervento di natura professionale medica.

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445/2000, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000,

DICHIARA

(barrare tutte le voci che interessano)

- ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana, ovvero di cittadinanza comunitaria o extracomunitaria con permesso di soggiorno in corso di validità;
- ☐ di godere dei diritti civili e politici e di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ oppure ☐ di non essere iscritto/a in nessuna lista elettorale o di esservi stato/a cancellato per i seguenti motivi: _____;
- ☐ di non aver riportato condanne penali per reati contro la Pubblica Amministrazione o la fede pubblica o per reati ostativi alla costituzione ed alla permanenza del rapporto di pubblico impiego;
- ☐ di non avere procedimenti pendenti relativi ai reati di cui sopra;
- ☐ di non trovarsi in altre condizioni che limitino o escludano, a norma di legge, la capacità di contrattare con la pubblica amministrazione;
- ☐ di essere in regola con il versamento dei contributi, assistenziali, previdenziali ed assicurativi;
- ☐ **[per i soli candidati di nazionalità straniera]** di avere adeguata conoscenza della lingua italiana parlata e scritta;
- ☐ di possedere idonea polizza assicurativa per la responsabilità civile professionale e per eventuali danni arrecati ai destinatari delle prestazioni e a terzi, oppure ☐ di impegnarsi a stipularla e a darne relativa comunicazione alla FTSA, a seguito dell'approvazione dell'elenco;
- ☐ di impegnarsi a collaborare con la FTSA nel monitoraggio costante dell'erogazione delle prestazioni professionali ai beneficiari;
- ☐ di avere preso visione del bando di concorso progetto HCP 2025 assistenza domiciliare e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
- ☐ di impegnarsi ad erogare le prestazioni integrative ai beneficiari del Progetto HOME CARE PREMIUM 2025 residenti nel territorio della zona Alta Val d'Elsa ;

CHIEDE DI ESSERE CENSITO IN ELENCO E IN PROCEDURA INPS COME:

(barrare esclusivamente la voce di proprio interesse – è ammessa esclusivamente l'iscrizione con UNA sola delle

FONDAZIONE TERRITORI SOCIALI ALTAVALDELVA

SEDE LEGALE: C/O COMUNE DI POGGIBONSI – PIAZZA CAVOUR, 2 - 53036 – POGGIBONSI (SI)

SEDE OPERATIVA: VIA PIAVE, 40 - 53036 - POGGIBONSI (SI)

TEL. 0577 91791 - FAX 0577 917946 - PARTITA IVA 01134140522 – www.ftsa.it – info@ftsa.it – pec: ftsa@pec.it

due modalità)

- ☐ 1) LIBERO PROFESSIONISTA MUNITO DI PARTITA IVA
- ☐ 2) PROFESSIONISTA DIPENDENTE DI STUDIO ASSOCIATO/ SOCIETÀ

A tal fine, dichiara sotto la propria personale responsabilità il possesso dei seguenti ulteriori requisiti professionali:

Per i liberi professionisti (1)

- ☐ Di possedere il seguente titolo di studio idoneo all'esercizio dei servizi previsti nella sezione dell'elenco in cui richiede l'iscrizione _____ conseguito il _____ presso _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo Professionale (**indicare la denominazione completa e l'eventuale sezione locale di iscrizione**) _____ n. _____ iscrizione _____ data iscrizione _____;
- ☐ [solo per gli Osa/Oss che chiedono iscrizione alla sez. I] Di essere in possesso dell'attestato di qualificazione professionale di (specificare) _____ conseguito presso _____ in data _____, di cui si allega alla presente copia non autenticata;
- ☐ Solo per gli educatori socio pedagogici socio-pedagogici è necessario aver presentato domanda di iscrizione all'albo entro il 31 marzo 2025
- ☐ Di essere in possesso della partita IVA n. _____;

Per i professionisti dipendenti di studi associati/società/Cooperative (2)

- ☐ Di possedere il seguente titolo di studio idoneo all'esercizio dei servizi previsti nella sezione dell'elenco in cui richiede l'iscrizione _____ conseguito il _____ presso _____;
- ☐ Di essere iscritto all'Albo Professionale (**indicare la denominazione completa e l'eventuale sezione locale di iscrizione**) _____ n. _____ iscrizione _____ data iscrizione _____;
- ☐ [solo per gli Osa/Oss che chiedono iscrizione alla sez. I] Di essere in possesso dell'attestato di qualificazione professionale di (specificare) _____ conseguito presso _____ in data _____, di cui si allega alla presente copia non autenticata.
- ☐ Di non essere in possesso della partita IVA, in quanto dipendente del/della seguente studio/società: (completare tutti i campi richiesti)
Denominazione completa: _____, con sede legale in
Via/Piazza _____ cap. _____ Città _____ Prov. _____,
P.IVA _____, tel. _____ mail _____,

FONDAZIONE TERRITORI SOCIALI ALTAVALDELSA

SEDE LEGALE: c/o COMUNE DI POGGIBONSI – PIAZZA CAVOUR, 2 - 53036 – POGGIBONSI (SI)

SEDE OPERATIVA: VIA PIAVE, 40 - 53036 - POGGIBONSI (SI)

TEL. 0577 91791 - FAX 0577 917946 - PARTITA IVA 01134140522 – www.fts.it – info@fts.it – pec: ftsa@pec.it

pec _____, nominativo del legale rappresentante _____.

- ☐ Di aver acquisito il consenso dell'ente da cui dipende sia in relazione alle modalità di erogazione/fatturazione delle prestazioni integrative HCP 2025, che con riferimento alla copertura assicurativa dei rischi connessi.

Dichiara e si impegna a praticare per le prestazioni rese nell'ambito del progetto HCP 2025 la seguente tariffa oraria/unitaria (comprensiva di IVA ed ogni altro onere dovuto (l'informazione è obbligatoria):

(Si ricorda che la tariffa proposta è soggetta a verifica di congruità da parte dell'INPS, al tal proposito si rimanda alla tabella costi professionisti pubblicata da INPS e reperibile sul sito WWW.FTSA.IT)

DICHIARA INFINE

- di accettare che tutte le comunicazioni relative al presente avviso pubblico avvengano esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo indicato nella presente istanza;
- di essere consapevole che con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria dei professionisti richiedenti, ma semplicemente un elenco, diviso in sezioni, che potrà essere consultato dai beneficiari del progetto HCP per la scelta autonoma del professionista al quale rivolgersi per l'erogazione delle prestazioni integrative;
- di essere consapevole che l'iscrizione nell'elenco non determina l'insorgenza di alcun rapporto lavorativo o obbligazione economica tra la SdS e i professionisti abilitati, né assunzione di corresponsabilità da parte della SdS rispetto alle prestazioni da questi rese;
- di essere consapevole che il professionista iscritto in elenco resta l'unico responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi durante l'esecuzione delle prestazioni in favore del beneficiario, sia per gli eventi avversi che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento delle stesse. È inoltre interamente ed esclusivamente responsabile di tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali.
- di essere consapevole che, con l'iscrizione in elenco, si impegna a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso dell'erogazione delle prestazioni professionali a cui è abilitato;
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR);

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA:

- ☐ copia dell'attestato di qualificazione professionale posseduto. **(OBBLIGATORIA solo per coloro che chiedono l'iscrizione alle sez. I come OSA/OSS)**
- ☐ copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità **(OBBLIGATORIA solo in caso di firma autografa)**

FONDAZIONE TERRITORI SOCIALI ALTA VALDELISA

SEDE LEGALE: C/O COMUNE DI POGGIBONSI – PIAZZA CAVOUR, 2 - 53036 – POGGIBONSI (SI)

SEDE OPERATIVA: VIA PIAVE, 40 - 53036 - POGGIBONSI (SI)

TEL. 0577 91791 - FAX 0577 917946 - PARTITA IVA 01134140522 – www.ftsa.it – info@ftsa.it – pec: ftsa@pec.it

L'istanza va sottoscritta dal professionista interessato con firma digitale o autografa.

Luogo e data_____

FIRMA DEL PROFESSIONISTA

FONDAZIONE TERRITORI SOCIALI ALTAVALDELSE

SEDE LEGALE: C/O COMUNE DI POGGIBONSI – PIAZZA CAVOUR, 2 - 53036 – POGGIBONSI (SI)

SEDE OPERATIVA: VIA PIAVE, 40 - 53036 - POGGIBONSI (SI)

TEL. 0577 91791 - FAX 0577 917946 - PARTITA IVA 01134140522 – www.ftsa.it – info@ftsa.it – pec: ftsa@pec.it