

AL COMUNE DI MARSALA

CAPOFILA DEL DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. 52
SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

PEC: protocollo@pec.comune.marsala.tp.it

**RICHIESTA D' ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI
PER LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE DEL PROGETTO INPS _ HOME CARE
PREMIUM 2025-2028**

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

- Via/Piazza: _____
- CAP: _____
- Comune: _____
- Provincia: _____
- Telefono: _____
- Email: _____
- Email PEC: _____

Avendo preso visione dell'Avviso pubblicato dal Comune di Marsala Capofila del Distretto Socio Sanitario n. 52

CHIEDE L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PREVISTI DAL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 PER I SEGUENTI SERVIZI:

- () servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**
- () servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**

- () servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
- () servizi professionali di **fisioterapia**
- () servizi professionali di **logopedia**
- () servizi professionali di **biologia nutrizionale e dietistica**
- () servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**
- () servizi professionali di infermieristica.
- () servizi professionali di cura ed assistenza alle persone in condizioni di disabilità, finalizzati a soddisfare i bisogni primari e favorire il benessere e l'autonomia, effettuati da **operatore sanitario (OSS) e da operatore socio-assistenziale (OSA)**

a tal fine,

DICHARA

INFORMAZIONI PROFESSIONALI

Professione assistenziale (indicare il titolo professionale): _____

Numero di iscrizione all'Albo professionale: _____

- **Albo di appartenenza:** _____
- **Provincia di iscrizione:** _____
- **Di essere in possesso di partita IVA n.** _____

Oppure

- **Essere dipendente dello studio associato o Società denominata** _____
con C.F.: _____ **P. IVA** _____,
avente sede legale in _____, **v.** _____

Titolo di studio (indicare il titolo di laurea o qualifica equivalente): _____

- **Università/Istituto di conseguimento:** _____
- **Anno di conseguimento:** _____

Esperienza professionale nel settore delle cure domiciliari o ambito simile (specificare anni e ambito di esperienza):

- **Ente o struttura di riferimento:** _____
- **Durata esperienza (in anni):** _____
- **Descrizione delle mansioni svolte:** _____

Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale (indicare eventuali certificazioni aggiuntive relative alle cure domiciliari): _____

- **Ente che ha rilasciato la certificazione:** _____
- **Data di rilascio:** _____

REQUISITI LEGALI E PROFESSIONALI

Dichiarazione di assenza di procedimenti penali in corso (barrare la casella se applicabile):

- ☐ Dichiaro di non essere sottoposto a procedimenti penali in corso e di non avere riportato condanne penali.
- ☐ In caso contrario, specificare: _____

☐ Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative di privacy e sicurezza sanitarie.

ALLEGATI ALLA DOMANDA

In allegato alla presente domanda, si forniscono i seguenti documenti:

- ☐ Titolo di studio;
- ☐ Iscrizione all'Albo professionale o relativa ricevuta (in caso di educatore)
- ☐ Curriculum Vitae;
- ☐ Documento di riconoscimento;
- ☐ Eventuali attestazioni (specificare) _____;
- ☐ Proprio tariffario congruo alle tariffe **nazionali** e/o definite da ordini professionali o associazioni di categoria.

☐ Altri documenti rilevanti (specificare): _____

DICHIARAZIONE FINALE

Dichiaro che le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere e complete e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni fornite.

Si autorizza il Comune di Marsala ad utilizzare i dati personali contenuti nella presente richiesta per le finalità relative all'Avviso e nel rispetto della Legge n. 675/1996 e successive modifiche ed integrazioni del regolamento UE 2016/679

Data: _____

Firma: _____