

Allegato A)

Spett.le COeSO SdS Grosseto
Via Damiano Chiesa n. 12
58100 – Grosseto

c.a. Dr. Pierpaolo Giorgi

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCREDITAMENTO AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM
2025 - 2028**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. (____)il _____

residente a _____

Via _____ n. Civico _____

Codice fiscale n. _____

Partita IVA n. _____

OPPURE

dipendente presso _____

Iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine _____ Iscrizione n. _____

del _____ tel. _____

PEC _____

e-mail _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative del Progetto Home Care Premium 2025-2028. Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte, pena l'esclusione della procedura per l'erogazione delle prestazioni integrative del Progetto Home Care Premium 2025-2028, ai sensi dell'Avviso Pubblico approvato dal CoeSO SdS Grosseto.

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:

- di essere in possesso di numero di partita IVA per l'attività specificata oggetto di richiesta di accreditamento
- di essere dipendente dello studio associato/Società _____
con sede a _____
codice fiscale _____
Partita IVA _____
- di essere iscritto all'Albo professionale _____
dal _____ con numero _____;
- di avere copertura assicurativa RC professionale in corso di validità;
- di accettare tutte le condizioni dell'Avviso Pubblico, nonchè di impegnarsi a mantenere aggiornati i propri dati ed a rispettare le eventuali scadenze e procedure richieste dalla piattaforma INPS;

- di non essere in alcuna condizione di incompatibilità e di non aver riportato condanne penali che impediscano l'attività professionale;
- di essere in regola con gli obblighi contributivi (DURC);
- Cittadinanza italiana/UE o permesso di soggiorno valido;
- Maggiore età (\geq 18 anni);
- Godimento dei diritti civili e politici;
- Conoscenza della lingua italiana per i cittadini stranieri;
- Tracciabilità dei flussi finanziari.

PRESTAZIONI PER LE QUALI SI RICHIEDE L'ACCREDITAMENTO

TIPO DI PRESTAZIONE	TITOLO ABILITANTE	ISCRIZIONE ALBO/ATTESTATO DI QUALIFICA SI/NO	COSTO ORARIO + IVA SE DOVUTA
Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, erogati da terapeuta occupazionale			
Servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, erogati da terapisti neuropsicomotori			
Servizi professionali di psicologia e psicoterapia			
Servizi professionali di biologia nutrizionale e dietista			
Servizi professionali di fisioterapia			
Servizi professionali di logopedia			
Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'educatore professionale socio sanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico			

Servizi professionali di infermieristica			
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 socio sanitario (OSS)			
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 socioassistenziale (OSA)			

Allega:

1. Curriculum Vitae aggiornato
2. Copia documento di identità
3. Copia del titolo abilitante e attestato iscrizione Albo
4. Eventuale altra documentazione utile.

DATA _____

Firma _____