**ALLEGATO C** : Schema di domanda per ammissione all'elenco di singoli professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative nell' ambito del progetto Home Care Premium 2022 - Assistenza Domiciliare

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 E 48 DEL DPR 445/2000**

**ISTANZA DI AMMISSIONE ALL'ELENCO DI SINGOLI PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL' AMBITO DEL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2022- ASSISTENZA DOMICILIARE.**

In riferimento all'avviso pubblico per la formazione dell'albo dei professionisti in oggetto indicato.

Il sottoscritto­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

iscritto all'ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nella qualità di:

O libero professionista singolo

**CHIEDE**

Di essere ammesso all'elenco per l'erogazione di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto "***Home Care Premium 2022 - Assistenza Domiciliare"*** secondo le scelte riferite alle susseguenti professionalità/servizi (barrare uno o più tipologie):

* Servizi professionali domiciliari (OSS, Educatori Professionali);
* Altri servizi professionali domiciliari (Psicologo, Fisioterapista ed operatore Tiflologico)
* Percorsi di integrazione scolastica (Psicologo, Operatore Tiflologico, Assistente linguaggio segni, Educatore Professionale, OSS, Assistente Domiciliare);
* Servizi per i minori affetti da autismo (Psicologo, Educatore Professionale, OSS, Assistente Domiciliare, operatori esperti nei metodi di approcci all'Autismo (es. ABA, TEACH, ecc.);

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'ari. 76 del D.P.R. n. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti ed affermazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

* Di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incapacità a contrarre con la Pubblica Amministrazione previste dall’art. 32 ter del Codice Penale e dall’art. 80 del D. Lgs. n. 50 del 18 aprile 2016;
* Di aver preso conoscenza e di aver tenuto conto delle condizioni contrattuali e di tutti gli oneri compresi quelli relativi alle disposizioni in materia di sicurezza, di assicurazione, di condizioni di lavoro e di previdenza ed assistenza in vigore nel luogo dove devono essere eseguite le prestazioni;
* Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
* Di aver maturato **un’esperienza almeno biennale** nel campo dei servizi per i quali si richiede l’iscrizione;
* Di impegnarsi ad assicurare la continuità e la regolarità delle attività/servizi per le quali si è resa disponibile per tutta la durata del Progetto e per ciascun Piano di intervento sottoscritto con l’utenza;
* Di aver preso visione dell’Avviso pubblico e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
* Di accettare, in particolare, quanto previsto nel bando nella sezione “Procedura operativa” con riferimento ai termini e alle modalità di pagamento delle prestazioni;
* Di obbligarsi ad ogni adempimento previsto dalla vigente norma sulla tracciabilità dei flussi finanziari;
* Che non sussistono motivi ostativi all'esercizio della libera professione e all'accettazione d’incarichi;
* Di accettare le regole e le modalità contenute nell'avviso pubblico in parola finalizzato alla predisposizione dell'Elenco;
* Di essere disponibile ad eseguire le prestazioni professionali richieste;
* Che il *currìculum* professionale allegato è autentico e veritiero;
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni intervenuta variazione, rilevante ai fini dell'albo, relativa ai dati già comunicati;
* Di essere iscritto all'albo professionale dal (indicare giorno/mese/anno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

Il sottoscrittore della presente è consapevole ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 76 del testo unico di cui al D.P.R. 445/2000, delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di falsità in atti e del fatto che l’Amministrazione ai sensi dell’art. 71 del citato testo unico, si riserva la facoltà di effettuare controlli anche a campione sulle dichiarazioni prodotte, acquisendo la relativa documentazione.

Data ………………………………… Firma ...............................................................

**INFORMATIVA PRIVACY**

*Informato, ai sensi dell’art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l’attività di valutazione; i dati saranno comunicati solo all’interessato o ad altri soggetti di cui all’art. 84 del citato D. Lgs. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all’Ufficio di Piano del Distretto Sociale A di Alatri. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è il Comune di Alatri, Capofila del Distretto Sociale A di Alatri, nella persona del Responsabile del procedimento. Incaricato del trattamento dei dati è il personale dell’Ufficio di Piano.*

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli art. 81 e 82 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all’Avviso per l’iscrizione al registro dei fornitori HCP 2017.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma (RAPPRESENTANTE LEGALE)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Allega:

1. Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante;

2. Curriculum dell’operatore economico/professionista;

3. Copia statuto e atto costitutivo.