



CONSORZIO PER L'INTEGRAZIONE E L'INCLUSIONE SOCIALE DELL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI MAGLIE

Comuni di Maglie, Bagnolo del Salento, Cannole, Castrignano dei Greci, Corigliano d'Otranto, Corsi, Giurdignano, Melpignano, Muro Leccese, Otranto, Palmariaggi, Scorrano

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" – PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025". MANIFESTAZIONE DI INTERESSE.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ Provincia _____

Documento di identità _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Professione _____

Partita IVA _____ con sede legale a _____

indirizzo _____

_____ n. _____ tel. _____

pec _____ e _____ mail _____

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative a favore dei beneficiari del Progetto "Home Care Premium 2025 – Assistenza domiciliare", promosso

dall'INPS, per lo svolgimento dei seguenti servizi professionali:

_____, a fronte di una tariffa oraria pari ad Euro _____ (oltre IVA come per legge prevista nella misura del _____%).

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali cui va incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato DPR 445/2000 e del fatto che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sono considerate come fatte a pubblico ufficiale, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

DICHIARA

- a. di aver preso visione dell'AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" - PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025" e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;
- b. di aver conseguito il seguente titolo di studio

__ in data _____ ;
- c. di essere iscritto nel seguente Albo Professionale:
albo

n. di iscrizione _____
sezione _____
anno di iscrizione _____
- d. di essere in possesso di Partita IVA _____;
- e. di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per contrarre con la Pubblica Amministrazione;
- f. l'insussistenza di condanne penali che limitano di contrarre con la pubblica Amministrazione;
- g. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi.
- h. di autorizzare il Consorzio per l'Integrazione e l'inclusione sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di Maglie ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;

- i. di essere a conoscenza che, con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria, ma solo elenchi che potranno essere consultati dai beneficiari per la scelta autonoma del professionista, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;
- j. di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva comunicazione al Consorzio per l'Integrazione e l'inclusione sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di Maglie, ai fini dell'assunzione dei conseguenti provvedimenti di competenza di quest'ultimo, compresa l'eventuale cancellazione dall'elenco.
- k. di autorizzare il Consorzio per l'Integrazione e l'inclusione sociale dell'Ambito Territoriale Sociale di Maglie al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D. Lgs. n.196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679.

Allega:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità;
2. Copia del Curriculum Vitae.

Luogo e data _____

Firma