

Spett.le AMBITO SOCIALE TERRITORIALE
di NARDO'
Via G. FALCONE, 1
73048 Nardò (Le)
procollo@pecnardo.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per l'Accreditamento di Professionisti specializzati per il Progetto Home Care Premium 2025-2028

Il/La sottoscritto/a.....,
nato/a a il
codice fiscale residente a
Via/piazza n.
Celle-mail
Titolo di studio..... conseguito in
data.....
Professione.....
Iscritto all'albo professionale.....
n. dal
Partita IVA oppure dipendente dello studio
associati/società..... Partita IVA.....
con sede legale indirizzo
posta elettronica

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per erogare la seguente prestazione integrativa:

- ☐ a) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**
- ☐ b) servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- ☐ c) servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
- ☐ d) servizi professionali di **fisioterapia**
- ☐ e) servizi professionali di **logopedia**
- ☐ f) servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietistica**

- ☐ 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**.
- ☐ 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)**.
(Per l'operatore sociosanitario (OSS) e l'operatore socioassistenziale (OSA) è necessario il possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale)

Per la suddetta prestazione chiede il compenso orario pari ad € _____, comprensivo di ogni onere, che sarà rimborsato secondo quanto riportato nell'Avviso Pubblico.

Dichiara di:

- ☐ di aver preso visione dell'avviso pubblico in oggetto e di accettare tutte le disposizioni ivi contenute;
- ☐ di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- ☐ di essere consapevole che i dati relativi alla presente dichiarazione verranno pubblicati sulla Piattaforma INSP nella sezione dedicata ai professionisti accreditati

Allega:

- Curriculum Vitae
- Copia del documento di identità in corso di validità
- Attestato qualifica professionale (per OSS e OSA)

Il Professionista
(firma leggibile)
