

All' Ambito Sociale Territoriale n.3
Ente Capofila Unione Montana del Catria e Nerone
Via Gaetano Lapis, 8
61043 Cagli PU

PEC: cm.cagli@provincia.ps.it

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI "HOME CARE PREMIUM 2025-2028". ISTANZA DI ACCREDITAMENTO

Il sottoscritto _____

Nato il _____ a _____ [____]

In qualità di legale rappresentante della Cooperativa/ditta/società/altro denominata _____

_____ con sede in _____

Via _____ n. _____

codice fiscale n. _____ partita IVA n. _____

tel. _____ cell. _____

PEC _____ e-mail _____

Iscrizione INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

Iscrizione INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

Iscrizione Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della presente procedura, di _____ dal _____;

Iscrizione se cooperativa, all'Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i., di _____ dal _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'elenco di soggetti attuatori di "prestazioni integrative" di cui al progetto "Home Care Premium 2025-2028 INPS – Gestione Dipendenti Pubblici per i seguenti servizi:
(barrare la casella che interessa)

A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale;
B	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
C	servizi professionali di psicologia e psicoterapia;

Carta intestata (se in possesso)

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 di soggetti con disabilità, 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) .

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR445/2000 nell'ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- ✓ di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
- ✓ di avvalersi a tal fine dei seguenti professionisti in qualità di dipendenti: *(riportare i dati per ciascun Professionista chiamato a svolgere le prestazioni sopra individuate)*

Professionista n1)

Nome _____	Cognome _____
Nato il _____	a _____ [____]
Residente a _____	(____) in via _____ n _____
codice fiscale n. _____	tel. _____ cell. _____
PEC _____	e-mail _____
Iscritto al seguente Albo / Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accreditamento <i>Indicare denominazione</i> _____	
dal _____ n. _____	
Per prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA):	
si	attesta la relativa qualifica professionale (indicare)
_____	rilasciata in data _____ da
_____	_____.

Professionista n 2)

Nome _____	Cognome _____
Nato il _____	a _____ [____]
Residente a _____	(____) in via _____ n _____
codice fiscale n. _____	tel. _____ cell. _____

Carta intestata (se in possesso)

PEC _____ e-mail _____
Isritto al seguente Albo / Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accreditamento <i>Indicare denominazione</i> _____
dal _____ n. _____
Per prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA): si attesta la relativa qualifica professionale (indicare) _____ rilasciata in data _____ da _____.

Professionista n3)

Nome _____ Cognome _____
Nato il _____ a _____ [____]
Residente a _____ (____) in via _____ n _____
codice fiscale n. _____ tel. _____ cell. _____
PEC _____ e-mail _____
Isritto al seguente Albo / Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l'accreditamento <i>Indicare denominazione</i> _____
dal _____ n. _____
Per prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA): si attesta la relativa qualifica professionale (indicare) _____ rilasciata in data _____ da _____.

- ✓ di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
- ✓ di essere in regola, secondo la vigente normativa, in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro – D.Lgs. 81/08;
- (se ricorre il caso) di essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99;
- di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n. 2016/679 e del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196;
- di essere in regola con gli adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali (DURC).
- ✓ **Di proporre per le prestazioni integrative oggetto della presente richiesta di accreditamento, le seguenti tariffe ritenute congrue:**

	PRESTAZIONE	TARIFFA <i>Indicare importo orario + IVA se dovuta</i>
--	-------------	---

Carta intestata (se in possesso)

A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale;	Es. € xxx + IVA xx %
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 di soggetti con disabilità, 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) .	

✓ Di essere consapevole che le tariffe proposte saranno assoggettate preventivamente all'approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali.

· di dedicare ai sensi dell'art. 3 comma 7 L. 136/2010, per i pagamenti effettuati da INPS, il seguente conto corrente bancario (e/o postale): C/C n. _____ accesso presso _____ Agenzia/Filiale di _____ codice IBAN _____ sul quale è delegato ad operare il Signor _____ nato a _____ il _____ Codice fiscale _____

DICHIARA INOLTRE

- ✓ di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni contenute nell'Avviso di accreditamento pubblicato dall'Unione Montana del Catria e Nerone – Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale n. 3;
- ✓ di aver preso visione e accettare integralmente e incondizionatamente le norme e le disposizioni contenute nei seguenti Bandi:

Bando di concorso Progetto Home Care Premium - Assistenza domiciliare 2025-2028 :
https://www.inps.it/it/avvisi-bandi-e-fatturazione/welfare-assistenza-e-mutualita/welfare-bandi/cerca-bandi/dettaglio.welfare-bandi.2025.03.bando-di-concorso-progetto-home-care-premium-assis_121.html

Avviso Adesione al Progetto HCP 2025-2028: https://www.inps.it/it/avvisi-bandi-e-fatturazione/welfare-assistenza-e-mutualita/welfare-avvisi/dettaglio.welfare-avvisi.2025.03.adesione-al-progetto-hcp-2025-2028_81.html

- ✓ di essere consapevole che:
 - a) Nessun rapporto di lavoro viene ad instaurarsi tra il professionista e l'Unione Montana del Catria e Nerone. Tutti i rapporti giuridici ed economici fanno carico esclusivamente ed integralmente al soggetto accreditato;
 - b) L'istanza di accreditamento non costituisce procedura per l'aggiudicazione di un appalto pubblico. Dalla procedura non deriva, in ogni caso, alcun accordo di natura economica tra il professionista e l'Unione Montana del Catria e Nerone Ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale 3;
 - c) La partecipazione alla presente procedura di accreditamento non comporta alcun impegno per l'Ente, in merito all'effettivo instaurarsi di un rapporto professionale tra il professionista e i

Carta intestata (se in possesso)

beneficiari ammessi dall'INPS.

- d) L'Ente non si assume alcuna responsabilità per ogni conseguenza derivante dal rapporto che si dovesse instaurare tra il Professionista accreditato e i soggetti beneficiari, nonché tra il Professionista e INPS, per l'attuazione degli interventi di assistenza alla persona di cui al progetto HCP 2025-2028.
- ✓ di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazioni avverranno esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo sopra indicato.
- ✓ di essere consapevole che il sottoscritto è interamente ed esclusivamente responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi in dipendenza dello svolgimento del rapporto contrattuale, sia per gli incidenti che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento del servizio stesso.
- ✓ di essere consapevole che il sottoscritto è inoltre interamente ed esclusivamente responsabile di tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali

Luogo e data

Timbro e Firma
(firmato digitalmente)

L'istanza deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore, pena l'invalidità della dichiarazione, nel caso in cui non sia sottoscritta digitalmente.

Carta intestata (se in possesso)

INFORMATIVA (Reg.UE n.679/2016 e D.Lgs n.196/2003 e ss.mm.ii

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di carattere personale di cui si entrerà in possesso, le forniamo le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento dei dati	Unione Montana del Catria e Nerone via Gaetano Lapis n. 8 Cagli (PU) - tel. 0721/787431 – mail cm.cagli@provincia.ps.it – PEC cm.cagli@emarche.it
Responsabile del Trattamento dei dati	Responsabile del Settore Dott.ssa Antonina Iannolo 0721/781088 e-mail: sociale@cm-cagli.ps.it
Responsabile della protezione dei dati (DPO)	Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) è raggiungibile al seguente indirizzo: e-mail: giuseppegiatangiacomo@gmail.com ; PEC: giuseppe.giangiacomo@pec.ordineavvocativasto.it ; Telefono: 0873-69719 oppure 0873-370910. L'interessato potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo italiana, Garante per la protezione dei dati personali (Garante per la Privacy) con sede in ROMA, Piazza di Monte Citorio n.121, CAP 00186. www.garanteprivacy.it
Finalità del trattamento e base giuridica	I dati forniti mediante la compilazione di apposita domanda verranno trattati allo scopo di verificare i requisiti di accesso alla procedura di accreditamento HCP 2025 - 2028.
Base giuridica - natura conferimento dati	Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, quindi per poter dar seguito alla domanda presentata dall'interessato. Il mancato conferimento dei dati personali comporta l'impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto l'esclusione dal procedimento oggetto dell'Avviso.
Modalità di Trattamento dei dati	I dati saranno trattati prevalentemente con strumenti informatici al fine di memorizzare, gestire, trasmettere i dati stessi nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi, anche in conformità alla legge ed ai provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali.
Ambito comunicazione	I dati verranno comunicati al personale autorizzato dell'Unione Montana del Catria e Nerone in qualità di ente capofila dell'ATS 3 e ad INPS quale Ente espressamente e specificamente designato per l'attuazione delle prestazioni HCP 2025 -2028. I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che partecipano al procedimento amministrativo per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l'effettiva sussistenza dei requisiti richiesti.
Periodo/criteri di conservazione	I suoi dati personali potranno essere cancellati esclusivamente nei termini previsti dalla vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione
Diritti dell'interessato	Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che riguardano Lei o la Sua famiglia. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici. In base all'art.15 e seguenti del REGOLAMENTO UE, gli interessati ovvero le persone fisiche cui si riferiscono i dati, possono esercitare in qualsiasi momento i propri diritti nei confronti del Titolare; in particolare il diritto di accesso ai propri dati personali, di chiederne la rettifica o la limitazione, l'aggiornamento se essi risultano incompleti o erronei e la cancellazione, se essi sono stati raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento, fatta salva l'esistenza di motivi legittimi da parte del TITOLARE. Per tali motivi, è possibile rivolgersi al Titolare, oppure al Responsabile della protezione dei dati (DPO-RPD).
La presente informativa potrà essere revisionata ed integrata; in caso di cambiamenti importanti, sarà data notizia nella home page del sito web istituzionale.	

COMUNICAZIONE AVVIO DEL PROCEDIMENTO - Art. 8 Legge n. 241/90

Amministrazione competente	Unione Montana del Catria e Nerone – via G. Lapis 8 Cagli (PU) in
-----------------------------------	---

Carta intestata (se in possesso)

	qualità di ente capofila dell'ATS 3 per la fase relativa alla predisposizione dell'elenco di soggetti accreditati e per gli adempimenti successivi previsto a proprio carico da INPS bando HCP 2025 -2028
Oggetto del procedimento	Costituzione di un elenco di professionisti per l'attuazione del progetto INPS gestione dipendenti pubblici "Home Care Premium 2025-2028".
Responsabile del procedimento	Dott.ssa Antonina Iannolo Coordinatore ATS n. 3 Cagli.
Data di conclusione del procedimento	L'avvio del procedimento decorre dalla data di scadenza dell'avviso; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 60 giorni.
Ufficio in cui si può prendere visione degli atti	Unione Montana del Catria e Nerone Ambito Territoriale Sociale n.3 - Via Lapis n.10, 0721/781088 e-mail: sociale@cm-cagli.ps.it .
Modalità di impugnazione del provvedimento	L'interessato può impugnare il provvedimento finale mediante ricorso al TAR Marche entro 60 giorni dalla pubblicazione, ovvero mediante ricorso straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni

Luogo e data _____

Timbro e Firma
(firmato digitalmente)

L'istanza deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore, pena l'invalidità della dichiarazione, nel caso in cui non sia sottoscritta digitalmente.