Allegato 1\_Istanza di inserimento nell’elenco dei Professionisti

**Spett.le AMBITO SOCIALE TERRITORIALE**

 **DI GALLIPOLI**

**Via Pavia**

**73014 Gallipoli (Le)**

**ufficiopianodizona.comunegallipoli@pec.rupar.puglia.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. ……

Cell ………………………e-mail ……………………………………………

Titolo di studio………………………………………………… conseguito ……………………. in data…………………….

Professione………………………………………………………………..

Iscritto all’albo professionale…………………………………………………………….

n. ………….. dal …………………………………………

Partita IVA …………………………… oppuredipendente 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)

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