

Modello di domanda _ scadenza ore 18.00 del 07 maggio 2025

AL COMUNE DI SANTA NINFA

AREA AFFARI GENERALI

PEC: protocollo@pec.comune.santaninfa.tp.it

RICHIESTA D'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PER LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE DEL PROGETTO INPS _ HOME CARE PREMIUM 2025-2028

Il/la sottoscritto/a

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo di residenza: _____

○ **Via/Piazza:** _____

○ **CAP:** _____

○ **Comune:** _____

○ **Provincia:** _____

○ **Telefono:** _____

○ **Email:** _____

○ **Email PEC:** _____

Avendo preso visione dell'Avviso pubblicato dal Comune di Santa Ninfa

CHIEDE L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PREVISTI DAL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 _ ASSISTENZA DOMICILIARE _ PER I SEGUENTI SERVIZI:

() servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**

- () servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- () servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
- () servizi professionali di **fisioterapia**
- () servizi professionali di **logopedia**
- () servizi professionali di **biologia nutrizionale**
- () servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di minori affetti da autismo, effettuati **dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**
- () servizi professionali di **infermieristica**.

a tal fine,

DICHIARA

INFORMAZIONI PROFESSIONALI

Professione assistenziale (indicare il titolo professionale): _____

Numero di iscrizione all'Albo professionale: _____

○ **Albo di appartenenza:** _____

○ **Provincia di iscrizione:** _____

Titolo di studio (indicare il titolo di laurea o qualifica equivalente): _____

○ **Università/Istituto di conseguimento:** _____

○ **Anno di conseguimento:** _____

Esperienza professionale nel settore delle cure domiciliari di almeno 2 anni nelle cure domiciliari o ambito simile (specificare anni e ambito di esperienza):

○ **Ente o struttura di riferimento:** _____

○ **Durata esperienza (in anni):** _____

○ **Descrizione delle mansioni svolte:** _____

Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale (indicare eventuali certificazioni aggiuntive relative alle cure domiciliari): _____

○ **Ente che ha rilasciato la certificazione:** _____

○ **Data di rilascio:** _____

REQUISITI LEGALI E PROFESSIONALI

Dichiarazione di assenza di procedimenti penali in corso (barrare la casella se applicabile):

Dichiaro di non essere sottoposto a procedimenti penali in corso e di non avere condanne penali.

In caso contrario, specificare: _____

Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative di privacy e sicurezza sanitarie.

ALLEGATI ALLA DOMANDA

In allegato alla presente domanda, si forniscono i seguenti documenti:

Titolo di studio;

Iscrizione all'Albo professionale

Curriculum Vitae;

Documento di riconoscimento;

Eventuali attestazioni;

Proprio tariffario congruo alle tariffe nazionali e/o definite da ordini professionali o associazioni di categoria.

Altri documenti rilevanti (specificare): _____

DICHIARAZIONE FINALE

Dichiaro che le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere e complete e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni fornite.

Data: _____

Firma: _____