



Comune di Piacenza
Settore Promozione della collettività - Servizio Sociale

Al Comune di Piacenza
Settore Promozione della collettività - Servizio Sociale
Via Taverna n. 39
29121 - Piacenza

Oggetto: istanza di accreditamento HCP 2025
(inviare esclusivamente, entro le ore 12.00 del 30/05/2025, alla PEC
protocollo.generale@cert.comune.piacenza.it)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____ C.A.P. _____
in Via _____ n. _____
telefono _____ email _____ PEC _____

CHIEDE

l'iscrizione nell'elenco dei professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative di cui al progetto
"Home Care Premium 2025" per la seguente prestazione (*barrare con una crocetta la casella che interessa*):

Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali, ecc*);

Servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);

Servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);



Comune di Piacenza
Settore Promozione della collettività - Servizio Sociale

Servizi professionali di **biologia nutrizionale e di dietistica**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);

Servizi professionali di **fisioterapia**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);

Servizi professionali di **logopedia**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);

Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall'**educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);

Servizi professionali di **infermieristica**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);

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)**, con applicazione della seguente tariffa oraria: euro _____ (*onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali*);

A tal fine, ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., pienamente consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 nonché delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

l'assenza di cause ostative di cui agli artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;

(per **i servizi delle lettere da a) ad h) dell'Avviso**) di essere iscritto presso l'Albo Professionale _____ (*indicare la denominazione*) al numero _____ dal _____ **ovvero (per i servizi della lettera i) dell'Avviso**) di possedere attestato della relativa qualifica professionale rilasciato da _____



Comune di Piacenza
Settore Promozione della collettività - Servizio Sociale

_____ (indicare l'Ente/Soggetto accreditato/autorizzato che ha
rilasciato l'attestato), corrispondente all'attività per cui si richiede l'accreditamento;

di essere libero professionista

Iscrizione:

INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

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

P.IVA _____

Oppure

di essere professionista dipendente di:

denominazione studio associato o società _____

Via _____ n. _____ P.IVA _____

Tel. _____ pec _____

Iscrizione:

INPS sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

INAIL sede di _____ cap. _____ via _____
matricola _____

Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della
presente procedura, di _____ dal _____ (nel caso di Società
Cooperative sociali);



Comune di Piacenza
Settore Promozione della collettività - Servizio Sociale

Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i. *(nel caso di Cooperative)*;

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione e di accettare, senza eccezioni e riserve, le norme e le prescrizioni contenute nel presente Avviso pubblico;
- di essere consapevole che la partecipazione al presente Avviso non comporta alcun obbligo in carico al Comune di Piacenza in merito all'effettivo instaurarsi di un rapporto professionale tra i professionisti accreditati e i beneficiari ammessi dall'INPS, né alcun rapporto contrattuale tra il Comune medesimo e le Parti (beneficiario della prestazione e professionista inserito nell'elenco di cui al presente Avviso ovvero individuato dal beneficiario per l'erogazione della prestazione);
- di essere consapevole di essere, a seguito dell'intervenuto accreditamento e in dipendenza dello svolgimento del rapporto contrattuale instauratosi con il beneficiario, interamente ed esclusivamente responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi, sia per gli incidenti che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento del servizio stesso; altresì per tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali;
- di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese, effettuato da INPS con cadenza mensile, avverrà solo ed esclusivamente a seguito di caricamento, da parte del professionista, della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito web INPS e solo previa vidimazione della stessa da parte dell'utente beneficiario, a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio;
- di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento in questione;
- di autorizzare il Comune di Piacenza, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 UE, al trattamento dei dati personali contenuti nella documentazione prodotta per la presente procedura;

ALLEGA ALLA PRESENTE ISTANZA



Comune di Piacenza
Settore Promozione della collettività - Servizio Sociale

¹copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità;

Luogo e data, _____

FIRMA² DEL DICHIARANTE

1 In caso di firma con modalità autografa

2 In modalità autografa o digitale