



**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 per la costituzione di un elenco di professionisti erogatori di prestazioni integrative di cui al progetto Home Care Premium 2025 (libero professionista)**  
**(inviare esclusivamente alla PEC [protocollo.generale@cert.comune.piacenza.it](mailto: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. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

Albo professionale (*professionista iscritto ad Albo*) \_\_\_\_\_ al N. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Albo professionale (*educatori professionali sociosanitario ed educatori professionali socio pedagogici*)

domanda presentata \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

e/o attestato di qualificazione professionale conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(*Ente, Istituto formatore*), a seguito del superamento del corso di formazione previsto dalla normativa vigente;

Attestato di qualificazione professionale (*OSS/OSA*) \_\_\_\_\_ conseguito in

data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ (*Ente, Istituto formatore*), a seguito del

superamento del corso di formazione previsto dalla normativa vigente;

email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di:

libero professionista con partita IVA;

## CHIEDE

l'accreditamento all'Elenco dei professionisti qualificati per l'erogazione delle prestazioni integrative di cui al progetto "Home Care Premium 2025" per la seguente prestazione integrativa (barrare con una crocetta la casella che interessa):

Prestazioni integrative	Tariffa oraria proposta (onnicomprensiva di tutti gli oneri di legge: IVA se dovuta, bolli, ritenute previdenziali, ecc.)
<input type="checkbox"/> Servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da <b>terapista occupazionale</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>psicologia</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>psicoterapia</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>biologia nutrizionale</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>dietistica</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>fisioterapia</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>logopedia</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall' <b>educatore professionale sociosanitario</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive, effettuati dall' <b>educatore professionale socio pedagogico</b>	
<input type="checkbox"/> Servizi professionali di <b>infermieristica</b>	
<input type="checkbox"/> 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 <b>operatore sociosanitario (OSS)</b>	
<input type="checkbox"/> 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 <b>operatore socioassistenziale (OSA)</b>	

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

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

● di aver preso visione e di accettare, senza eccezioni e riserve, le norme e le prescrizioni contenute nell'Avviso pubblico approvato con determinazione dirigenziale n. 1338 del 21/05/2025 e redatto in conformità con il Bando INPS HCP 2025.

● 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, avverrà solo ed esclusivamente a seguito di emissione e 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**

● <sup>1</sup> copia non autenticata del proprio documento di identità, in corso di validità;

● <sup>2</sup> copia non autenticata dell'attestato di qualificazione professionale abilitante all'esercizio della professione.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA<sup>3</sup> DEL DICHIARANTE

---

---

1 In caso di firma con modalità autografa

2 Relativamente ai professionisti non iscritti ad Albo professionale

3 In modalità autografa o digitale