

Allegato 1 – DOMANDA LIBERO PROFESSIONISTA

**ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE 14**  
**COMUNE DI CIVITANOVA MARCHE**  
**PEC: comune.civitanovamarche@pec.it**

**OGGETTO: RICHIESTA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE DAL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025 -2028" DI INPS DA PARTE DI LIBERI PROFESSIONISTI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

cittadinanza:

- italiana  
 comunitaria (Unione Europea)  
 extracomunitaria ***(in tal caso, DICHIARA di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno)***

### IN QUALITA' DI LIBERO PROFESSIONISTA

MANIFESTA L'INTERESSE ALL'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI SOGGETTI ACCREDITATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE DAL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025 -2028" DI INPS E PER QUESTO, E PERTANTO,

### CHIEDE

#### L'ISCRIZIONE NELLA/E SEGUENTE/I SEZIONE/I DELL'ELENCO

*(barrare con una X la sezione che interessa in relazione alla prestazione professionale offerta indicandone la tariffa oraria nei limiti massimi previsti dall'Avviso)*

Opzione	Sezione	Prestazione integrativa	Tariffa oraria proposta
<input type="checkbox"/>	<b>A</b>	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale	
<input type="checkbox"/>	<b>B</b>	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	
<input type="checkbox"/>	<b>C</b>	servizi professionali di psicologia e psicoterapia	
<input type="checkbox"/>	<b>D</b>	servizi professionali di fisioterapia	
<input type="checkbox"/>	<b>E</b>	servizi professionali di logopedia	
<input type="checkbox"/>	<b>F</b>	servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica	
<input type="checkbox"/>	<b>G.1</b>	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	

<input type="checkbox"/>	<b>G.2</b>	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	
<input type="checkbox"/>	<b>H</b>	servizi professionali di infermieristica	
<input type="checkbox"/>	<b>I.1</b>	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)	
<input type="checkbox"/>	<b>I.2</b>	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 socioassistenziale (OSA)	

**A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n.445/2000, per false attestazioni e dichiarazioni mendaci e, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n.445/2000,**

### DICHIARA

*(barrare con una X la voce di interesse)*

Di essere iscritto all'Albo Professionale *(indicare la denominazione completa e l'eventuale sezione locale di iscrizione)* \_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_  
 data iscrizione \_\_\_\_\_ *(per le prestazioni di cui alle sezioni a), b), c), d), e), f), g.1), g.2, h));*

*oppure*

Di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ l'attestato di operatore socio sanitario OSS, presso il seguente Ente \_\_\_\_\_, avente sede legale in \_\_\_\_\_, identificato con il codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_, e che la Regione di riferimento è \_\_\_\_\_ *(per la prestazioni di cui alla sezione i.1);*

*oppure*

Di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ l'attestato di operatore socio assistenziale OSA, presso il seguente Ente \_\_\_\_\_, avente sede legale in \_\_\_\_\_, identificato con il codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_, e che la Regione di riferimento è \_\_\_\_\_ *(per la prestazioni di cui alla sezione i.1);*

### DICHIARA, INOLTRE

- di essere in possesso di P.IVA \_\_\_\_\_
- di essere in regola in materia di contribuzione previdenziale, assicurativa e infortunistica:
 

INPS sede di _____	Matricola n. _____
INAIL sede di _____	Matricola n. _____
Altro _____	Matricola n. _____

- di possedere polizza RC o RCT/RCO professionale in corso di validità con massimale pari a € 500.000,00 ovvero, in caso di mancato possesso, di impegnarsi a stipularla e a darne relativa comunicazione all'ATS 14, a seguito dell'approvazione dell'elenco ed in ogni caso entro il 30 giugno 2025;
- di essere consapevole che l'iscrizione all'Elenco è subordinata all'approvazione da parte di INPS delle tariffe proposte;
- di essere consapevole che la fattura dovrà essere emessa in favore del beneficiario e che sarà pagata direttamente dall'INPS;
- di avere preso visione dell'Avviso pubblico dell'ATS 14 e di accettare incondizionatamente tutte le disposizioni, condizioni, prescrizioni e modalità in esso contenute senza riserva alcuna;
- di essere consapevole che con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria dei professionisti richiedenti, ma semplicemente un elenco, diviso in sezioni, che potrà essere consultato dai beneficiari del progetto HCP per la scelta autonoma del professionista al quale rivolgersi per l'erogazione delle prestazioni integrative;
- di essere consapevole che l'iscrizione nell'elenco non determina l'insorgenza di alcun rapporto lavorativo o obbligazione economica tra l'ATS 14 e i professionisti abilitati, né assunzione di corresponsabilità da parte dell'Ambito rispetto alle prestazioni da questi rese;
- di essere consapevole che il professionista iscritto in elenco è interamente ed esclusivamente responsabile di tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari, a terzi, a cose o animali;
- di essere consapevole che, con l'iscrizione in elenco, si impegna a garantire la riservatezza in ordine alle informazioni, alla documentazione e a quant'altro venga a conoscenza nel corso dell'erogazione delle prestazioni professionali a cui è abilitato;
- di impegnarsi a comunicare ogni variazione che dovesse intervenire con riguardo all'iscrizione all'ordine professionale, alla partita IVA e/o ad ogni altro requisito necessario alla permanenza nell'elenco;
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679 (GDPR).

**ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA:**

- Copia documento di identità, in corso di validità (*solo in caso di firma autografa: non necessaria in caso di firma digitale in formato CADES o PADES*);
- Copia della polizza RC o RCT/RCO (*se già in possesso*);
- Curriculum vitae dichiarato ai sensi del DPR 445/2000;
- Attestato di qualifica professionale (OSS e OSA).

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

FIRMA DEL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 ("GDPR")

Il Comune di Civitanova Marche, in qualità di Ente Capofila dell'Ambito Territoriale Sociale 14, con questa informativa riguardante il trattamento dei dati personali delle persone fisiche nel rispetto del Codice Privacy, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, e del GDPR, La informa della possibilità di conoscere, prima del conferimento dei Suoi dati personali, in quali modalità gli stessi saranno raccolti, trattati e tutelati. Il trattamento avverrà nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza, stretta pertinenza, necessità ed indispensabilità, al solo fine di tutelare la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

L'informativa Le è fornita in considerazione della Sua qualità di "Interessato al trattamento", ossia quale persona fisica a cui i dati personali si riferiscono.

**Titolare del Trattamento**

Il Titolare del Trattamento è il Comune di Civitanova Marche in persona del Sindaco pro tempore, con sede in Civitanova Marche al civico n.° 93 della Piazza XX Settembre, contattabile ai seguenti recapiti: tel: 0733.8221; p.e.c.: comune.civitanovamarche@pec.it; e-mail: protocollo@comune.civitanova.mc.it .

**Responsabile della Protezione dei Dati**

I dati del Responsabile della protezione dei dati personali sono consultabili nel sito internet istituzionale dell'Ente.

**Finalità del trattamento**

Il trattamento dei Suoi dati è finalizzato all'esecuzione di compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio di poteri pubblici di competenza del Comune/ATS14 in base a norme di legge, di Statuto e regolamenti.

**Conferimento dei dati e rifiuto**

Il conferimento dei Suoi "dati personali obbligatori" è necessario allo svolgimento delle finalità del trattamento di cui sopra, nonché strumentale alla Sua richiesta; pertanto, il rifiuto o il parziale o l'inesatto conferimento potrà comportare l'impossibilità di instaurare e/o proseguire il rapporto con il Titolare del trattamento, mentre il mancato conferimento dei Suoi "dati facoltativi" non comporterà alcuna conseguenza sulla disponibilità del servizio o sulla sua operatività.

**Modalità di trattamento**

Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantire la sicurezza (al fine di impedire l'accesso a soggetti non autorizzati e/o la perdita) e la riservatezza (ossia impedirne la divulgazione non autorizzata) e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici.

Il trattamento è svolto dal Titolare del trattamento e dai soggetti da lui espressamente autorizzati, dagli eventuali Responsabili esterni per le attività strettamente necessarie all'esecuzione delle finalità del trattamento di cui sopra, in ossequio ai principi di riservatezza, stretta pertinenza, necessità e indispensabilità imposti dall'art. 5, par. 1, lett. c) GDPR ("minimizzazione dei dati").

**Comunicazione dei dati**

I Suoi dati personali potranno essere comunicati, in relazione al procedimento ed alle attività correlate, ad altri Enti pubblici o privati competenti, nei casi previsti da norme di legge, di Statuto o di regolamenti.

I soggetti che tratteranno i Suoi dati personali sono il personale autorizzato internamente, nonché gli eventuali Responsabili esterni per l'espletamento delle funzioni istituzionali.

L'elenco di tali soggetti terzi sarà costantemente aggiornato e accessibile previa richiesta al Titolare del trattamento.

I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione, dunque non saranno divulgati al pubblico o ad un numero indefinito di soggetti, salvo lo dispongano norme di legge.

**Conservazione dei dati**

La conservazione dei dati personali da Lei conferiti avverrà in una forma che consentirà la Sua identificazione per un periodo di tempo non superiore a quello previsto dalla base normativa che legittima il trattamento stesso ed in conformità alle norme che regolano la conservazione della documentazione amministrativa.

**Diritti dell'interessato**

Nella Sua qualità di "Interessato al trattamento" ha diritto, compatibilmente con gli interessi pubblici relativi al trattamento:

- di chiedere al Titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che La riguardano ed in tal caso di ottenere di accedervi (art. 15 GDPR);
  - alla rettifica (art. 16 GDPR), alla cancellazione (art. 17 GDPR), alla limitazione (art. 18 GDPR), nonché di opporsi al trattamento dei dati personali che La riguardano (art. 21 GDPR);
  - alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR), ossia ad ottenere, senza impedimenti da parte del Titolare del trattamento, i Suoi dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro Titolare del trattamento;
  - di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati, senza pregiudizio alcuno per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca, ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. a) e 9, par. 2, lett a) del Reg. UE 2016/679;
- di proporre reclamo all'Autorità di controllo [artt. 13, par. 2, lett. d) e 14, par. 2, lett. e) GDPR]: Garante della Privacy, con sede in Roma (00186), Piazza di Monte Citorio, n. 121

Data

Firma