

Allegato 2 – DOMANDA STUDI ASSOCIATI/SOCIETÀ

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 STUDI ASSOCIATI O DI SOCIETÀ'

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 QUALITÀ DI LEGALE RAPPRESENTANTE

(barrare con una X la sezione che interessa)

dello Studio Associato _____ P. Iva _____,
con sede Legale in Via _____ n. _____ Cap _____
Comune _____ []
telefono _____ e-mail: _____ PEC: _____

Oppure

della Società (Cooperativa, ASP, etc.) _____
P. Iva _____, con sede Legale in Via _____
n. _____ Cap _____
Comune _____ []
telefono _____ e-mail: _____ PEC: _____

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

CHIEDE

L'ISCRIZIONE DEI PROPRI DIPENDENTI, ELENCATI NELL'ALLEGATO A ALLA PRESENTE DOMANDA, NELLA/E SEGUENTE/I SEZIONE/I DELL'ELENCO DI SEGUITO INDICATE:

(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"/>	A	servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapeuta occupazionale	
<input type="checkbox"/>	B	servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	
<input type="checkbox"/>	C	servizi professionali di psicologia e psicoterapia	
<input type="checkbox"/>	D	servizi professionali di fisioterapia	
<input type="checkbox"/>	E	servizi professionali di logopedia	
<input type="checkbox"/>	F	servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietistica	
<input type="checkbox"/>	G.1	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"/>	G.2	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"/>	H	servizi professionali di infermieristica	
<input type="checkbox"/>	I.1	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"/>	I.2	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

- che tutti i dipendenti, elencati nell'Allegato A per i quali si chiede l'accreditamento, acconsentono all'iscrizione nell'elenco (cfr. dichiarazioni allegate alla presente domanda);
- che i dipendenti sono in possesso degli specifici requisiti previsti per prestazione (*barrare con una X la voce di interesse*)
 - iscrizione al competente Ordine Professionale (*per le prestazioni di cui alle sezioni a), b), c), d), e), f), g.1), g.2, h)*);
 - attestazione Operatore sociosanitario OSS rilasciato o riconosciuto dalla Regione Marche o attestato equivalente rilasciato da Enti di altre regioni o emessi all'estero; (*esclusivamente per le figure di cui alla sezione I.1*);
 - attestazione Operatore socio assistenziale OSA rilasciato o riconosciuto dalla Regione Marche o attestato equivalente rilasciato da Enti di altre regioni o emessi all'estero (*esclusivamente per le figure di cui alla sezione I.2*);
- di applicare ai propri dipendenti il CONTRATTO (C.C.N.L.) _____
- 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. _____

DICHIARA INOLTRE

- l'assenza di cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione, di cui agli artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii., laddove applicabili per analogia;
- di possedere polizza RC o RCT/RCO professionale in corso di validità con massimale pari a € 1.500.000,00 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 lo studio associato/società dovrà emettere fattura a favore del beneficiario e che la stessa 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 interamente ed esclusivamente responsabile di tutti i danni che per l'esecuzione del servizio da parte dei propri dipendenti 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*);
- Modulo A: Elenco dipendenti;
- Modulo B: Consenso e dichiarazioni dipendenti.

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