*allegato 1- Domanda di iscrizione*

A.S.C.A

Servizi Sociali

Via Dozza 1 - AGORDO

**Pec:** [**a.s.c.a@pec.it**](mailto:a.s.c.a@pec.it)

**Email:** [ass***.soc\_agordo***@servizisocialiasca.it](mailto:ass_soc@servizisocialiasca.it) – hcpsoggettogestore@cooplevalli.it

**Avviso pubblico per la creazione di un elenco di prestazioni professionali e relativi professionisti finalizzato all’erogazione delle “prestazioni integrative” previste dall’Avviso di adesione al Bando HCP 2025 – 2028, per il periodo 1 luglio 2025 – 30 giugno 2028.**

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

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_)

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI**[[1]](#footnote-1)

**□**  professionista in forma singola, in possesso di Partita IVA

**□**  legale rappresentante di studio associato/società/altro operatore economico

Denominato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avente sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE DI**

aderire all’avviso di cui all’oggetto e di essere iscritto nella pagina del portale INPS dedicato al Bando HCP 2025 per l’ATS\_VEN 01 per erogare la/e seguente/i tipologia/e di prestazione/i professionale/i per i beneficiari dei Comuni del Distretto 1 di Belluno, come previsto dall’art. 3 del Bando HCP rivolto agli Ambiti e successive integrazioni.

Inserire una **X** sulla tipologia prescelta (è possibile scegliere più tipologie di prestazioni); per ogni tipologia va compilata la griglia relativa alle tariffe proposte. **Le tariffe indicate si intendono comprensive di ogni onere (IVA, spostamenti, benzina, ecc.). Le tariffe proposte verranno sottoposte a parere di congruità da parte di INPS.**

**□** a) servizi professionali di Terapia Occupazionale

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** b) servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell’età evolutiva

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** c) servizi professionali di psicologia e psicoterapia

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** d) servizi professionali di fisioterapia

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** e) servizi professionali di Logopedia

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** f) servizi professionali di biologia nutrizionale e dietistica

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** g) servizi specialistici effettuati da educatore professionale sociosanitario o socio pedagogico

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** h) servizi professionali di infermieristica

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**□** i) servizi professionali di OSS/OSA.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tariffa prestazione ambulatoriale (indicare l’indirizzo)** | **Tariffa prestazione erogata a domicilio del beneficiario** |
| € | € |

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R.445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

**PER I LIBERI PROFESSIONISTI**

* di possedere i requisiti minimi di ammissibilità richiesti dall’Avviso;
* di aver conseguito i seguenti titoli di studio

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere/non essere iscritto/a all'Albo Professionale (in caso di iscrizione indicare:

riferimento Albo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data iscrizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

* di indicare nella pagina del portale INPS dedicata al Progetto HCP il seguente recapito telefonico cui i Beneficiari potranno rivolgersi per l’attivazione della prestazione offerta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PER GLI STUDI ASSOCIATI/SOCIETA’**

1. di mettere a disposizione i seguenti professionisti:
2. Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titoli di studio conseguiti:

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Iscitto all’Albo professionale del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. iscizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome e Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

qualifica professionale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titoli di studio conseguiti:

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

conseguito presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Iscritto all’Albo professionale del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N. iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(aggiungere eventuali altri nominativi)

1. di indicare nella pagina del portale INPS dedicata al Progetto HCP il seguente recapito telefonico cui i Beneficiari potranno rivolgersi per l’attivazione delle prestazioni offerte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ruolo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara**

inoltre di essere a conoscenza che ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e del GDPR del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27.4.2016, i dati forniti saranno trattati, in forma cartacea o informatica, ai soli fini della procedura.

È facoltà del professionista richiedere in qualsiasi momento e con preavviso di almeno 30 giorni la cancellazione dal presente elenco inviando una pec all’indirizzo a.s.c.a@pec.it

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allegano:**

* **copia del titolo di studio/attestato professionale posseduto 2**
* **Copia di attestato di iscrizione all’Albo Professionale se richiesto dal presente avviso**
* **Fotocopia di un documento di identità**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

2I candidati che hanno conseguito titoli di studio all’estero dovranno allegare, a pena di esclusione, idonea documentazione attestante il riconoscimento di tali titoli richiesti ai fini dell’ammissione, in conformità della vigente normativa nazionale e comunitaria.

1. La figura del professionista potrà essere censita esclusivamente per una sola categoria: liberi professionisti o società. [↑](#footnote-ref-1)