

Modello di domanda \_ scadenza ore 18.00 del 07 maggio 2025

AL COMUNE DI SANTA NINFA

**AREA AFFARI GENERALI**

PEC: [protocollo@pec.comune.santaninfa.tp.it](mailto:protocollo@pec.comune.santaninfa.tp.it)

**RICHIESTA D' ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PER LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE DEL PROGETTO INPS \_ HOME CARE PREMIUM 2025-2028**

Il//la sottoscritto/a

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_

- Via/Piazza: \_\_\_\_\_
- CAP: \_\_\_\_\_
- Comune: \_\_\_\_\_
- Provincia: \_\_\_\_\_
- Telefono: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_
- Email PEC: \_\_\_\_\_

**Avendo preso visione dell'Avviso pubblicato dal Comune di Santa Ninfa**

**CHIEDE L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PROFESSIONALI PREVISTI DAL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025/2028 \_ ASSISTENZA DOMICILIARE \_ PER I SEGUENTI SERVIZI:**

( ) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da **terapista occupazionale**

- ( ) servizi professionali di **terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- ( ) servizi professionali di **psicologia e psicoterapia**
- ( ) servizi professionali di **fisioterapia**
- ( ) servizi professionali di **logopedia**
- ( ) servizi professionali di **biologia nutrizionale**
- ( ) 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**
- ( ) servizi professionali di **infermieristica**.

a tal fine,

**DICHIARA**

#### **INFORMAZIONI PROFESSIONALI**

**Professione assistenziale** (indicare il titolo professionale): \_\_\_\_\_

**Numero di iscrizione all'Albo professionale:** \_\_\_\_\_

○ **Albo di appartenenza:** \_\_\_\_\_

○ **Provincia di iscrizione:** \_\_\_\_\_

**Titolo di studio** (indicare il titolo di laurea o qualifica equivalente): \_\_\_\_\_

○ **Università/Istituto di conseguimento:** \_\_\_\_\_

○ **Anno di conseguimento:** \_\_\_\_\_

**Esperienza professionale nel settore delle cure domiciliari di almeno 2 anni** nelle cure domiciliari o ambito simile (specificare anni e ambito di esperienza):

○ **Ente o struttura di riferimento:** \_\_\_\_\_

○ **Durata esperienza (in anni):** \_\_\_\_\_

○ **Descrizione delle mansioni svolte:** \_\_\_\_\_

**Certificazioni o corsi di aggiornamento professionale** (indicare eventuali certificazioni aggiuntive relative alle cure domiciliari): \_\_\_\_\_

○ **Ente che ha rilasciato la certificazione:** \_\_\_\_\_

○ **Data di rilascio:** \_\_\_\_\_

## REQUISITI LEGALI E PROFESSIONALI

**Dichiarazione di assenza di procedimenti penali in corso** (barrare la casella se applicabile):

Dichiaro di non essere sottoposto a procedimenti penali in corso e di non avere condanne penali.

In caso contrario, specificare: \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere in possesso delle competenze necessarie in merito alle normative di privacy e sicurezza sanitarie.

## ALLEGATI ALLA DOMANDA

In allegato alla presente domanda, si forniscono i seguenti documenti:

Titolo di studio;

**Iscrizione all'Albo professionale**

Curriculum Vitae;

Documento di riconoscimento;

Eventuali attestazioni;

**Proprio tariffario congruo alle tariffe nazionali** e/o definite da ordini professionali o associazioni di categoria.

Altri documenti rilevanti (specificare): \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE FINALE

Dichiaro che le informazioni contenute nella presente domanda sono veritiere e complete e mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle informazioni fornite.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_