

**Ambito Territoriale Sociale  
di Nardò  
c/o Comune di Nardò  
Via Giovanni Falcone, 1  
73048 NARDO'**

pec: [ambito3@pecnardo.it](mailto:ambito3@pecnardo.it)

**OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI  
PER LO SVOLGIMENTO DELLE "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" – PROGETTO "HOME CARE PREMIUM  
2025".**

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

nato/a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_ / dipendente dello studio associati o società

con sede legale a \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per l'erogazione di prestazioni integrative a favore dei beneficiari del Progetto "Home Care Premium 2025 – Assistenza domiciliare", promosso dall'INPS, per lo svolgimento dei seguenti servizi professionali:

\_\_\_\_\_, a fronte di una **tariffa oraria pari ad Euro \_\_\_\_\_** (oltre IVA come per legge prevista nella misura del \_\_\_\_\_%).

A tal fine, consapevole, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, delle responsabilità penali cui va incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato DPR 445/2000 e del fatto che le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR sono considerate come fatte a pubblico ufficiale, dichiara sotto la propria responsabilità quanto segue:

#### DICHIARA

a. di aver preso visione dell'AVVISO PUBBLICO RIVOLTO AI PROFESSIONISTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE "PRESTAZIONI INTEGRATIVE" - PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025" e di accettare integralmente e senza riserve i contenuti e le condizioni dello stesso;

b. di aver conseguito il seguente titolo di studio

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

c. di essere iscritto nel seguente Albo Professionale:

albo \_\_\_\_\_

n. di iscrizione \_\_\_\_\_

sezione \_\_\_\_\_

anno di iscrizione \_\_\_\_\_

d. di essere in possesso di Partita IVA \_\_\_\_\_ ;

e. di essere dipendente dello studio associato o della società

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

presso \_\_\_\_\_ ;

f. di essere in possesso dei requisiti di idoneità morale e professionale per contrarre con la Pubblica Amministrazione;

g. l'insussistenza di condanne penali che limitano di contrarre con la pubblica Amministrazione;

- h. di essere in regola con l'assolvimento degli obblighi contributivi.
- i. di autorizzare l'Ambito Territoriale Sociale di Nardò ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
- j. di essere a conoscenza che, con la presente procedura non si verrà a formare alcuna graduatoria, ma solo elenchi che potranno essere consultati dai beneficiari per la scelta autonoma del professionista, al quale intendono rivolgersi per usufruire delle prestazioni integrative;
- k. di impegnarsi, nel caso di modifiche o in caso di perdita dei requisiti, di dare tempestiva comunicazione all'Ambito Territoriale Sociale di Nardò, ai fini dell'assunzione dei conseguenti provvedimenti di competenza di quest'ultimo, compresa l'eventuale cancellazione dall'elenco.
- l. di autorizzare l'Ambito Territoriale Sociale di Nardò al trattamento dei propri dati personali nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza previsti dal D. Lgs. n.196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679.

Allega:

1. Copia di un documento di identità in corso di validità;
2. Copia del Curriculum Vitae.

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

Firma