

Allegato A)

**Spettabile  
Comune di Bussolengo  
Alla c.a. dell'Ufficio Home Care Premium**

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO COME PROFESSIONISTA  
AL BANDO HOME CARE PREMIUM 2025-2028**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ civ. \_\_\_ codice fiscale  
\_\_\_\_\_, tel./cell.  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, PEC  
\_\_\_\_\_

**presenta**

la propria domanda di accreditamento come professionista al bando Home Care Premium 2025-2028 per l'Ambito Territoriale denominato ATS Ven – 22 – Sona.

A tal fine propone domanda di iscrizione come professionista accreditato per la prestazione integrativa prevista dall'art. 17 del bando HCP 2025 (*barrare la relativa casella*):

- 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**.

**Dichiara**

ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76, di:

- aver preso visione dell'Avviso pubblico finalizzato all'accreditamento e di accettarlo in ogni sua parte;
- essere in possesso del titolo di studio idoneo per l'esercizio della prestazione sopra indicata;
- essere iscritto nel seguente Albo Professionale:

albo \_\_\_\_\_

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

sezione \_\_\_\_\_

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

essere in possesso di Partita IVA n. \_\_\_\_\_

*oppure*

essere dipendente dello studio associato o della società  
\_\_\_\_\_ avente sede in  
\_\_\_\_\_;

- impegnarsi a prestare la propria attività professionale a favore dei beneficiari risultanti vincitori del bando HCP 2025 -2028 alla seguente **tariffa € \_\_\_\_\_ (indicare la tariffa lorda, comprensiva di Iva, se applicata, e di oneri ed accessori);**
- essere consapevole che la prestazione dovrà essere resa alla tariffa comunicata senza la possibilità di poter richiedere ulteriori emolumenti di qualsiasi genere aggiuntivi né ad Inps né al beneficiario del progetto, quali a mero titolo di esempio il rimborso chilometrico per le trasferte dalla propria sede professionale al domicilio del beneficiario;
- autorizzare il Comune di Bussolengo ad inserire il proprio nominativo nell'elenco che verrà pubblicato da INPS nella piattaforma dedicata;
- accettare di eseguire la prestazione professionale al domicilio del beneficiario;
- essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023;
- essere in possesso di adeguate coperture assicurative volte a garantire le persone destinatarie del servizio, gli operatori e i soggetti terzi per danni imputabili al soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;

Allegato A)

- essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese avverrà con cadenza mensile, solo ed esclusivamente a seguito di caricamento della corrispondente fattura nell'area dedicata sul sito web Inps e solo previa vidimazione della stessa da parte dell'utente beneficiario, a conferma dell'avvenuto espletamento del servizio;
- essere informato, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- aver preso visione dell'informativa sulla privacy riportata in calce al presente modulo;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da Inps;
- 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;
- essere consapevole che nessun rapporto di lavoro viene ad instaurarsi tra il Professionista e il Comune di Bussolengo o l'ATS. La procedura non può ritenersi in alcun modo un affidamento di servizi da parte dei predetti Enti.

*Allega - copia del documento di identità del dichiarante in corso di validità;*

- *curriculum vitae.*

Luogo e data

Firma

## **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:**

*Il Comune di Bussolengo, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali dei propri utenti nell'espletamento dei compiti, dei servizi e delle funzioni tipiche della Pubblica Amministrazione, ai sensi dell'art. 13 Reg. UE 679/2016, con la presente*

### **Informa**

*I soggetti interessati che al fine della procedura rivolta all'accreditamento come professionista del bando HCP 2025, il Comune riceve, conserva, comunica, raccoglie, registra e dunque tratta dati personali dei candidati che siano necessari al corretto svolgimento dei compiti attribuiti alla Pubblica Amministrazione, nel rispetto del principio di legalità, legittimità, correttezza e trasparenza.*

*Le categorie dei dati trattati potranno comprendere dati anagrafici ed ogni altro dato personale rilevante per la conclusione del procedimento in questione.*

*Il trattamento dei dati dei soggetti interessati potrà essere effettuato sia attraverso supporti cartacei sia attraverso modalità informatizzate atte a memorizzarli, gestirli, comunicarli e trasmetterli ed avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza tramite l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione. Inoltre, tali dati saranno trattati per tutto il tempo necessario per la procedura rivolta all'accreditamento come professionista del bando HCP 2025, e potranno successivamente essere conservati se funzionali ad altri servizi.*

*Allo stesso modo il Comune*

### **Informa**

*La parte interessata, che la stessa ha il diritto di chiedere in ogni momento al Comune l'accesso ai propri dati personali, la rettifica degli stessi qualora non siano veritieri, nonché la loro cancellazione. Potrà poi chiedere la limitazione del trattamento che la riguarda, e potrà opporsi allo stesso laddove sia esercitato in modo illegittimo. L'apposita istanza relativa all'esercizio dei sopracitati diritti potrà essere presentata o al sottoscritto Titolare del trattamento o al Responsabile della protezione dei dati designato, ai recapiti sottoindicati (ex artt. 15 e ss. Reg. 679/2016). La parte avrà diritto, inoltre, di presentare ricorso davanti al Garante della Privacy.*

*La parte è infine libera di fornire i dati personali richiesti, evidenziandosi in tale sede che la comunicazione è necessaria per la conclusione della procedura rivolta all'accreditamento come professionista del bando HCP 2025 ed il rifiuto di comunicarli può comportare l'impossibilità di procedere con la conclusione del suddetto procedimento.*

### **Titolare del Trattamento**

*Comune di Bussolengo*

*Piazza Nuova, 14 – 37012 Bussolengo (VR)*

*045-6769900 - [www.comune.bussolengo.vr.it](http://www.comune.bussolengo.vr.it) – PEC: [comune.bussolengo@cert.legalmail.it](mailto:comune.bussolengo@cert.legalmail.it)*

**Responsabile Protezione Dati:** [responsabileprotezionedati@comune.bussolengo.vr.it](mailto:responsabileprotezionedati@comune.bussolengo.vr.it)

**Finalità del Trattamento:** *procedura rivolta all'accreditamento come professionista del bando HCP 2025.*