**All. B - Dipendenti**

All’ Ambito Sociale Territoriale n.5

Ente Capofila Unione Montana del Montefeltro

Piazza Conti, 1

61021 Carpegna PU

Pec ats5montefeltro@emarche.it

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO:** | **MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI “HOME CARE PREMIUM 2025-2028”. ISTANZA DI ACCREDITAMENTO** |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_]

In qualità di legale rappresentante della Cooperativa/ditta/società/altro denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ partita IVA n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione INPS sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione INAIL sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura, per la categoria di attività oggetto della

presente procedura, di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Iscrizione se cooperativa, all’Albo delle società cooperative, disciplinato dal Decreto del Ministro dello sviluppo economico del 23 giugno 2004 e s.m.i., di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto nell’elenco di soggetti attuatori di “prestazioni integrative” di cui al progetto “Home Care Premium 2025-2028 INPS – Gestione Dipendenti Pubblici per i seguenti servizi:

*(barrare la casella che interessa)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 **e di dietistica;** |
|  | servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall’educatore professionale sociosanitario o dall’educatore professionale socio pedagogico; |
|  | servizi professionali di infermieristica. |
|  | **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) e da operatore socioassistenziale (OSA).**  |

A tale fine sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del citato DPR445/2000 nell’ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

* di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del D.Lgs. 36/2023 e s.m.i.;
* di avvalersi a tal fine dei seguenti professionisti in qualità di dipendenti: *(riportare i dati per ciascun Professionista chiamato a svolgere le prestazioni sopra individuate)*

Professionista n1)

|  |
| --- |
| Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_] Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_ codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prestazione professionale individuata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Iscritto al seguenteAlbo / Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l’accreditamento *Indicare denominazione* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_oppure  per prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA): di essere in possesso della seguente qualifica professionale (indicare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Professionista n 2 )

|  |
| --- |
| Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_] Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_ codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prestazione professionale individuata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Iscritto al seguenteAlbo / Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l’accreditamento *Indicare denominazione* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*oppure*  per prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA): di essere in possesso della seguente qualifica professionale (indicare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Professionista n3)

|  |
| --- |
| Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_] Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_) in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_ codice fiscale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prestazione professionale individuata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Iscritto al seguenteAlbo / Ordine Professionale corrispondente alle attività per cui si richiede l’accreditamento *Indicare denominazione* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*oppure*  per prestazioni effettuate da operatore sociosanitario (OSS) e da operatore socioassistenziale (OSA): di essere in possesso della seguente qualifica professionale (indicare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* di rispettare i trattamenti economici previsti dalle normative vigenti e delle norme in materia di previdenza e assistenza;
* di essere in regola, secondo la vigente normativa, in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro – D.Lgs. 81/08;
* *(se ricorre il caso)* di essere in regola con gli adempimenti di cui alla L. 68/99;
* di rispettare la normativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Comunitario 27.04.2016, n. 2016/679 e del decreto legislativo 30.06.2003, n. 196;
* di essere in regola con gli adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali (DURC).
* **Di proporre per le prestazioni integrative oggetto della presente richiesta di accreditamento, le seguenti tariffe ritenute congrue:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PRESTAZIONE** | **TARIFFA** ***Indicare importo orario + IVA se dovuta*** |
|  | servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale; | Es. € xxx + IVA xx % |
|  | 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 **e di dietistica;** |  |
|  | servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive di soggetti con disabilità, effettuati dall’educatore professionale sociosanitario o dall’educatore professionale socio pedagogico; |  |
|  | servizi professionali di infermieristica. |  |
|  | **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) e da operatore socioassistenziale (OSA).**  |  |

* Di essere consapevole che le tariffe proposte saranno assoggettate preventivamente all’approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali.
* di dedicare ai sensi dell’art. 3 comma 7 L. 136/2010, per i pagamenti effettuati da INPS, il seguente conto corrente bancario (e/o postale): C/C n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ acceso presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agenzia/Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sul quale è delegato ad operare il Signor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

* di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni contenute nell’Avviso di accreditamento pubblicato dall’Unione Montana Montefeltro – Ente capofila dell’Ambito Territoriale Sociale n. 5;
* di aver preso visione e accettare integralmente e incondizionatamente le norme e le disposizioni contenute nei seguenti Bandi e relative integrazioni :

 **Bando di concorso Progetto Home Care Premium - Assistenza domiciliare 2025-2028 :** <https://www.inps.it/it/it/avvisi-bandi-e-fatturazione/welfare-assistenza-e-mutualita/welfare-bandi/cerca-bandi/dettaglio.welfare-bandi.2025.03.bando-di-concorso-progetto-home-care-premium-assis_121.html>

**Avviso** **Adesione al Progetto HCP 2025-2028:** <https://www.inps.it/it/it/avvisi-bandi-e-fatturazione/welfare-assistenza-e-mutualita/welfare-avvisi/dettaglio.welfare-avvisi.2025.03.adesione-al-progetto-hcp-2025-2028_81.html>

* di essere consapevole che:
1. Nessun rapporto di lavoro viene ad instaurarsi tra il professionista e l’Unione Montana del Montefeltro. Tutti i rapporti giuridici ed economici fanno carico esclusivamente ed integralmente al soggetto accreditato;
2. L’istanza di accreditamento non costituisce procedura per l’aggiudicazione di un appalto pubblico. Dalla procedura non deriva, in ogni caso, alcun accordo di natura economica tra il professionista e l’Unione Montana del Montefeltro Ente capofila dell’Ambito Territoriale Sociale n5;
3. La partecipazione alla presente procedura di accreditamento non comporta alcun impegno per l’Ente, in merito all’effettivo instaurarsi di un rapporto professionale tra il professionista e i beneficiari ammessi dall’INPS.
4. L’Ente non si assume alcuna responsabilità per ogni conseguenza derivante dal rapporto che si dovesse istaurare tra il Professionista accreditato e i soggetti beneficiari, nonché tra il Professionista e INPS, per l’attuazione degli interventi di assistenza alla persona di cui al progetto HCP 2025-2028.
* di eleggere domicilio, ai fini della presente procedura, presso il luogo indicato nella presente domanda e di accettare che le comunicazioni avverranno esclusivamente a mezzo PEC all’indirizzo sopra indicato.

# di essere consapevole che il sottoscritto è interamente ed esclusivamente responsabile di eventuali danni che possano per qualsiasi motivo verificarsi in dipendenza dello svolgimento del rapporto contrattuale, sia per gli incidenti che comunque possano derivare ai medesimi in conseguenza o in connessione all'espletamento del servizio stesso.

* di essere consapevole che il sottoscritto è inoltre interamente ed esclusivamente responsabile di tutti i danni che comunque per l'esecuzione del servizio possano derivare ai beneficiari o a terzi, a persone, a cose o animali

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

*(firmato digitalmente)*

*L’istanza deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore, pena l’invalidità della dichiarazione, nel caso in cui non sia sottoscritta digitalmente.*

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di carattere personale di cui si entrerà in possesso, le forniamo le seguenti informazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| TITOLARE TRATTAMENTO | Unione Montana del Montefeltro con sede in Carpegna, Piazza Conti, n. 1, c.f./P.Iva 02566100414, e-mail serv.sociali@unionemontana.montefeltro.pu.it, pec: ats5montefeltro@emarche.it, tel 0722/727003, in qualità di ente capofila dell’ATS 5, è titolare del trattamento dell’intera banca dati. |
| RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)  | Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) è raggiungibile al seguente indirizzo **ASMEL Associazione, Via Cattaneo, 9, 21013 – Gallarate (VA), mail:** servizio.dpo@asmel.eu **pec**asmel@asmelpec.it |
| FINALITA’ | I dati forniti mediante la compilazione di apposita domanda verranno trattati allo scopo di verificare i requisiti di accesso alla procedura di accreditamento HCP 2025 - 2028. |
| BASE GIURIDICA - NATURA CONFERIMENTO DATI | Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter concludere positivamente il procedimento amministrativo, quindi per poter dar seguito alla domanda presentata dall’interessato. Il mancato conferimento dei dati personali comporta l’impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto l’esclusione dal procedimento oggetto dell’Avviso. |
| MODALITA’ | I dati saranno trattati prevalentemente con strumenti informatici al fine di memorizzare, gestire, trasmettere i dati stessi nell’ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi, anche in conformità alla legge ed ai provvedimenti del Garante per la protezione dei dati personali. |
| AMBITO COMUNICAZIONE | I dati verranno comunicati al personale autorizzato dell’Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell’ATS 5 e ad INPS quale Ente espressamente e specificamente designato per l’attuazione delle prestazioni HCP 2025 -2028 .I dati potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici o incaricati di pubblico servizio, che partecipano al procedimento amministrativo per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l’effettiva sussistenza dei requisiti richiesti. |
| PERIODO/CRITERI DI CONSERVAZIONE | I suoi dati personali potranno essere cancellati esclusivamente nei termini previsti dalla vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione |
| DIRITTI DEGLI INTERESSATI | Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall’Unione Montana del Montefeltro, nei casi previsti e per quanto concerne i trattamenti oggetto della presente Informativa, l’accesso ai propri dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda, la portabilità o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. Reg. UE 2016/679). L’apposita istanza è presentata contattando l’Unione Montana del Montefeltro all’indirizzo di posta elettronica serv.sociali@unionemontana.montefeltro.pu.it, oppure alla pec: ats5montefeltro@emarche.it, mettendo in conoscenza il Responsabile della protezione dei dati **ASMEL Associazione PEC asmel@asmelpec.it,** specificando nell’oggetto “Privacy”. |
| DIRITTO DI RECLAMO | Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento). |

**Comunicazione avvio del procedimento Legge n. 241/1990**

**modificata dalla Legge n. 15/2005, articolo 8**

|  |  |
| --- | --- |
| AMMINISTRAZIONE COMPETENTE | Unione Montana del Montefeltro in qualità di ente capofila dell’ATS 5 per la fase relativa alla predisposizione dell’elenco di soggetti accreditati e per gli adempimenti successivi previstio a proprio carico da INPS bando HCO 2025 -2028 |
| OGGETTO DEL PROCEDIMENTO | COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PROFESSIONISTI PER L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI “HOME CARE PREMIUM 2025-2028”. |
| RESPONSABILE PROCEDIMENTO | Resp. Del servizio sociale dell’Unione Montana del Montefeltro - Coordinatore dell’ATS. |
| INIZIO E TERMINE DEL PROCEDIMENTO | L’avvio del procedimento decorre dalla data di scadenza dell’avviso; dalla stessa data decorrono i termini di conclusione del procedimento stabiliti in 60 giorni. |

Luogo e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e Firma

*(firmato digitalmente)*

*L’istanza deve essere corredata da fotocopia, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore, pena l’invalidità della dichiarazione, nel caso in cui non sia sottoscritta digitalmente.*