ISTANZA

Al Dirigente del Settore VII
Dott. Salvatore Guadagnino
via Mario Spadola, 56
97100 Ragusa

Oggetto: BANDO DI CONCORSO PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025 ASSISTENZA DOMICILIARE VALIDITÀ DAL 1° LUGLIO 2025 AL 30 GIUGNO 2028 per i dipendenti e pensionati pubblici, iscritti alla Gestione Unitaria Prestazioni Creditizie e sociali, per i loro coniugi, per parenti di primo grado non autosufficienti. **Manifestazione di interesse per la costituzione di un albo distrettuale di professionisti accreditati indicati all'art. 17 del bando e finalizzato alla erogazione delle prestazioni integrative in esso previste.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____, n. _____
CF: _____,

CHIEDE

l' iscrizione all'Albo distrettuale di professionisti accreditati indicati all'art. 17 del bando DI CONCORSO PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025 e finalizzato alla erogazione delle prestazioni integrative previste, sezione (segnare ciò che interessa):

O **terapista occupazionale**
O **terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
O **psicologo/a**
O **psicoterapista**
O **biologo/a nutrizionale e di dietistica**
O **fisioterapista**
O **logopedista**
O **educatore/trice professionale sociosanitario**
O **educatore/trice professionale socio pedagogico.**
O **infermiere/a**
O **servizi professionali di cura ed assistenza alle persone in condizioni 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);**

Per i servizi professionali indicati è necessaria l'iscrizione da parte del professionista al rispettivo Albo professionale di appartenenza. servizi professionali di cura ed assistenza alle persone in condizioni 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);

Per i servizi professionali indicati è necessaria l'iscrizione da parte del professionista al rispettivo Albo professionale di appartenenza.

DICHIARA

1) Di essere in possesso della seguente laurea: _____;

2) Di essere iscritto/a all' Ordine professionale de _____ al n. _____ del _____ ;
3) Di essere disposto ad erogare le proprie prestazioni professionali nei seguenti Comuni del Distretto sociosanitario 44 (segnare ciò che interessa):

O Ragusa
O Santa Croce Camerina
O Giarratana
O Monterosso Almo
O Chiaramonte Gulfi

DICHIARA INOLTRE:

a) di non trovarsi in stato di interdizione legale o di inabilitazione o non essere altresi' sottoposto/a ad amministrazione di sostegno;

b) non essere stato/a condannato/a con sentenza definitiva, per delitto non colposo, a pena detentiva, anche se sostituita da una delle pene indicate nell'articolo 20 bis, primo comma, numeri 1), 2) e 3) del codice penale;

c) non essere stato destinatario di sentenza definitiva resa ai sensi dell'articolo 444, comma 2, del codice di procedura penale, per delitto non colposo, con cui e' stata irrogata pena detentiva, anche se sostituita da una delle pene indicate nell'articolo 20-bis, primo comma, numeri 1), 2) e 3) del codice penale;

d) non avere, alla data di richiesta dell'iscrizione, procedimenti penali in corso per delitti non colposi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 335-bis del codice di procedura penale;

e) non essere incorso/a nell'interdizione perpetua o temporanea dai pubblici uffici;

f) non essere stato/a sottoposto/a a misure di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione, ne' a misure di sicurezza personali;

g) non avere riportato, all' interno del proprio ordinamento professionale, negli ultimi cinque anni, una sanzione disciplinare piu' grave di quella minima prevista dal singolo ordinamento.

DICHIARA INFINE

- che la propria tariffa oraria è di € _____ oltre IVA al _____ e oltre oneri previdenziali _____ ;
- di essere a conoscenza che la tariffa oraria individuata sarà assoggettate all' approvazione della Direzione centrale Credito Welfare e Strutture sociali alla quale spetta la verifica di congruità;
- di essere a conoscenza che la scelta del/la professionista da cui farsi assistere è di competenza unicamente dei soggetti beneficiari.

Luogo e data: _____

In fede

_____