

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

per la costituzione di un elenco di soggetti attuatori di prestazioni integrative
previste dal Progetto "Home Care Premium 2025"

___ sottoscritt _____

nato/a _____ prov. (____) il ____/____/____ in qualità
di :

Libero professionista

dell'attività lavorativa di _____

con sede a _____ in Via _____ n. _____

codice fiscale _____ partita IVA n. _____

codice attività n. _____

iscritto all'Albo professionale di _____

della Regione _____ n.iscrizione _____ tel. _____ indirizzo

e-mail _____ PEC _____

Dipendente dello studio associato / Società _____

con sede a _____ in Via _____ n. _____

codice fiscale _____ partita IVA n. _____

codice attività n. _____

iscritto all'Albo professionale di _____

della Regione _____ n.iscrizione _____ tel. _____ indirizzo

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

l'iscrizione all'elenco dei soggetti attuatori di prestazioni integrative nell'ambito del Progetto
"Home Care Premium 2025.

**A tal fine ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole
delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le
ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate**

DICHIARA:

- Di non trovarsi nelle condizioni previste dall'artt. dal 94 al 98 del Codice;
- Di essere in regola con gli adempimenti contributivi, assistenziali e previdenziali (DURC);
- Di essere in possesso dei requisiti per l'esercizio dell'attività previsti dalla normativa vigente in relazione alla forma giuridica del soggetto partecipante;
- Di essere iscritto all' Albo e al Registro professionale;
- Di essere in possesso di partita iva o essere dipendente di studi associati o società;
- Di avere una esperienza di almeno 12 mesi complessivi maturata nell'ambito del servizio per il quale si richiede l'iscrizione all'elenco;
- Di avere adeguata conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse della comunità, avendo la sede operativa o avendo operato all'interno del territorio di competenza della Provincia di Ancona (AN) per almeno 12 mesi complessivi.
- Di aver preso visione e quindi accettare, senza condizione o riserva alcuna, tutte le norme e disposizioni contenute nell'Avviso;
- Di avere la perfetta conoscenza delle norme generali e particolari che regolano l'erogazione delle prestazioni integrative oggetto del presente Avviso;
- Di possedere idonea polizza RC o RCT/RCO professionale con previsione del massimale minimo previsto dalla Legge, in corso di validità;
- Di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
- validità;
- Di non aver commesso violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui sono stabiliti;
- di essere iscritto: INPS sede di _____ cap. _____
via _____ matricola _____
INAIL sede di _____ cap. _____ via _____

- e posizione assicurativa _____ e codice ditta
n. _____;

Di presentare istanza per l'iscrizione nell'elenco di soggetti fornitori accettando le tariffe massime applicabili come definite nell'avviso e di fornire una o più delle prestazioni integrative (da elencare) alla tariffa di seguito specificata:

_____ prestazione professionale resa da _____ (indicare la professione)
_____ al costo orario di €.....

_____ prestazione professionale resa da _____ (indicare la professione)
_____ al costo orario di €.....

prestazione professionale resa da (indicare la professione)
_____ al costo orario di €.....

prestazione professionale resa da (indicare la professione)
_____ al costo orario di €.....

prestazione professionale resa da (indicare la professione)
_____ al costo orario di €.....

prestazione professionale resa da (indicare la professione)
_____ al costo orario di €.....

○ che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, ai sensi del General Data Protection Regulation (GDPR) – Regolamento Generale sulla Protezione Dati (Regolamento UE n. 2016/679), esclusivamente nell’ambito della procedura di cui al presente Avviso Pubblico.

Titolare del trattamento è l’ASP Ambito 9 di Jesi nella persona della Dott.ssa Sara Molinari tel.0731.236911- mail: s.molinari@aspambitonove.it.

(luogo e data)

(firma del/della richiedente)

N.B. La dichiarazione deve essere corredata da copia fotostatica di un documento d’identità del sottoscrittore