COMUNE DI QUARTU SANT'ELENA
QUARTU SANT'ALENI
Città Metropolitana di Cagliari

PLUS
Quartu - Parteolla

Al Plus Quartu Parteolla
c/o Comune di Quartu S.E.
Via Cilea, 19
09045 Quartu Sant'Elena

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA NELL'AMBITO DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI "HOME CARE PREMIUM TRIENNIO 2025-2028".

Il/la sottoscritto/a_____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

E-mail _____ Pec _____

Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____

- **Libero Professionista:**

1. Iscritto all'Albo Professionale_____

   N. Iscrizione _____

   P.Iva_____

2. Qualifica Professionale _____

   P.Iva_____

Comune di DOLIANOVA · Comune di DONORI · Comune di QUARTU S.ELENA · Comune di SERDIANA · Comune di SOLEMINIS · Comune di BURCEI · Comune di SINNAI · Comune di MARACALAGONIS

ATSSardegna
Azienda Tutela Salute

- **Dipendente di studi associati o società**

  Denominazione _____

  Codice Fiscale/P.Iva_____

  Qualifica Operatore_____

  E-mail _____

  Pec _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'Elenco Fornitori del progetto "Home Care Premium 2025-2028" del Plus Quartu Parteolla per l'erogazione delle prestazioni socio assistenziali integrative di seguito indicate:

	TIPO DI PRESTAZIONE	PROPOSTA TARIFFARIA Euro/l'ora
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

TUTTO CIÒ PRECISATO

a questi fini, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

PER SE STESSO DICHIARA

- di accettare integralmente e senza eccezione alcuna le clausole contenute nell'avviso pubblico del 25/03/2025 (Bando HCP 2025/2028);
- di non trovarsi in alcuno degli stati, condizioni o situazioni previsti dal D.Lgs 36/2023, (nuovo codice dei contratti pubblici), fonte di principi di ordine pubblico ed economico;

- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale, secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti alle norme in materia di sicurezza e ad ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- che non sono state pronunciate sentenze di condanna passata in giudicato, ovvero sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale per reati che incidono sulla affidabilità morale e professionale;
- di non avere intrattenuto rapporti giuridici con il Plus Quartu Parteolla caratterizzati dal sorgere di contenziosi o debiti pendenti;
- di accettare che i dati di accreditamento al progetto Home Care Premium 2025 (nominativi liberi professionisti proposte tariffarie) vengano trasmessi all'INPS come previsto nella convenzione tra Inps e Ambito Plus Quartu Parteolla;
- di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei professionisti che risulteranno visibili in procedura per ciascun Ambito Territoriale e fissare direttamente un appuntamento, inserito dal professionista stesso sulla sua area riservata (art.18 comma 2 -Bando HCP 2025/2028);
- di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociosanitario dell'istituto (art.18 comma 3 -Bando HCP 2025/2028);
- di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate al professionista, con cadenza mensile, sulla base delle fatture inserite in procedura INPS dallo stesso e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione (art.18 comma 4 -Bando HCP 2025/2028).

N.B. La dichiarazione deve essere sottoscritta dal soggetto istante e corredata da fotocopia, non autenticata, di documento di identità del sottoscrittore.

Data **Firma**

_____ _____