

Spett.le **AMBITO SOCIALE TERRITORIALE**
di Cirò Marina
Area Servizi alla Persona
c/o CSM via G. Mazzini,17
PEC: servizisociali.ciomarina@asmepec.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per l'Accreditamento di Professionisti specializzati per il Progetto Home Care Premium 2025-2028

Il/La sottoscritto/a.....,
nato/a a il
codice fiscale residente a
Via/piazzan.
Celle-mail
Titolo di studio..... conseguito in
data.....
Professione.....
Iscritto all'albo professionale.....
n. dal partita IVA
posta elettronica

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco dei professionisti per erogare la seguente prestazione integrativa:

- 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**.

Per la suddetta prestazione chiede il compenso orario pari ad € _____, comprensivo di ogni onere, che sarà rimborsato secondo quanto riportato nell'Avviso Pubblico.

Dichiara di:

- di aver preso visione dell'avviso pubblico in oggetto e di accettare tutte le disposizioni ivi contenute;
- di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 i dati personali forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- di essere consapevole che i dati relativi alla presente dichiarazione verranno pubblicati sulla Piattaforma INSP nella sezione dedicata ai professionisti accreditati

Allega:

- Curriculum Vitae
- Copia del documento di identità in corso di validità

Il Professionista
(firma leggibile)
