

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):

- terapeuta occupazionale
- terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- psicologo/a
- psicoterapeuta
- biologo/a nutrizionale e di dietistica
- fisioterapeuta
- logopedista
- educatore/trice professionale sociosanitario
- educatore/trice professionale socio pedagogico.
- infermiere/a

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):

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

DICHIARA INOLTRE:

a) di non trovarsi in stato di interdizione legale o di inabilitazione o non essere altresì 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 è 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, né a misure di sicurezza personali;

g) non avere riportato, all'interno del proprio ordinamento professionale, negli ultimi cinque anni, una sanzione disciplinare più 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 assoggettata 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
