

## **AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA**

**PROVINCIA DI LECCE**

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 -569476

**PEC: [protocollo@cert.comune.galatina.le.it](mailto:protocollo@cert.comune.galatina.le.it)**

**MAIL: [protocollo@comune.galatina.le.it](mailto:protocollo@comune.galatina.le.it)**

### **AVVISO PUBBLICO: “MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER LA CREAZIONE DI PIÙ ELENCHI DI LIBERI PROFESSIONISTI PER L’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE RELATIVE AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025”**

### **INTEGRAZIONE**

#### **PROROGA TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA**

L’INPS con nota INPS.0980.16/04/2025.0008081, pervenuta al protocollo del Comune di Galatina n. 28980 del 17/04/2025, “tenuto conto delle indicazioni pervenute dalla Direzione generale dell’istituto in merito al Progetto HCP 2025-2028 e in considerazione delle difficoltà rappresentate dagli Ambiti al rispetto dei termini previsti all’art. 2 dell’Avviso per l’inserimento della proposta di adesione e delle prestazioni professionali” ha prorogato l’inserimento in procedura fino al 9 giugno 2025 e la stipula della convenzione, entro il 16 giugno 2025.

Pertanto, i Professionisti interessati possono aderire alla manifestazione di interesse **entro e non oltre il 26.05.2025** inoltrando, all’indirizzo Pec [protocollo@cert.comune.galatina.le.it](mailto:protocollo@cert.comune.galatina.le.it) avente ad oggetto “**Manifestazione d’interesse per la creazione di più elenchi di liberi professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative relative al progetto Home Care Premium 2025**”, i seguenti documenti:

- ISTANZA DI ADESIONE (Allegato 1);
- Documento d’identità in corso di validità;
- Tariffario delle prestazioni.

#### **PRESTAZIONI E REQUISITI**

Possono presentare istanza di adesione anche Professionisti iscritti all’Albo ma privi di partita iva, dipendenti di studi associati o società. Si sottolinea che la figura del professionista potrà essere censita esclusivamente per una sola categoria: liberi professionisti o dipendenti.

#### **CHIARIMENTI FIGURA DELL’EDUCATORE PROFESSIONALE**

Si chiarisce che la figura dell’educatore professionale socio sanitario è da ritenersi riferita, in generale, sia a soggetti minori di età che a persone maggiorenni in condizioni di disabilità. Si precisa, altresì, che le funzioni socioeducative, oltre che riabilitative, come da legislazione vigente, potranno essere svolte dall’educatore professionale socio sanitario.

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA**

**PROVINCIA DI LECCE**

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 -569476

**PEC: protocollo@cert.comune.galatina.le.it**

**MAIL: protocollo@comune.galatina.le.it**

**Allegato 1: ISTANZA DI ADESIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
alla via/piazza \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Cellulare:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito negli elenchi per la “**Manifestazione d’interesse per la creazione di più elenchi di liberi professionisti per l’erogazione delle prestazioni integrative relative al progetto Home Care Premium 2025**” presso l’Ambito Territoriale Sociale di Galatina.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, **dichiara**, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

1) Di essere in possesso dei seguenti titoli di studio e di specializzazione:

➤ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

➤ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

2) Di essere abilitato all’esercizio della professione di \_\_\_\_\_;

3) Di essere iscritto all’Albo/Ordine dei/degli \_\_\_\_\_ al n.  
\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

4) Di essere titolare di partita IVA n. \_\_\_\_\_ o di essere dipendente dello studio associato/società \_\_\_\_\_;

5) Di voler essere censito come Libero Professionista Dipendente;

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI GALATINA**

**PROVINCIA DI LECCE**

Via Montegrappa, 8 Galatina (Le) Tel. 0836/561550 - 528295 - 569476

**PEC: [protocollo@cert.comune.galatina.le.it](mailto:protocollo@cert.comune.galatina.le.it)**

**MAIL: [protocollo@comune.galatina.le.it](mailto:protocollo@comune.galatina.le.it)**

- 6) Di essere in possesso di polizza assicurativa RC;
- 7) Di non incorrere in nessuna forma di incompatibilità indicate nella manifestazione di interesse;
- 8) Di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 679/2016;  
*(Si informa che i dati dichiarati sul presente modello sono strettamente correlati al procedimento amministrativo per cui sono stati prodotti e, pertanto, la loro mancata produzione impedisce l'avvio o la conclusione dello stesso.)*

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**\*La presente dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità.**