



**AMBITO
TERRITORIALE
SOCIALE**
BITETTO MODUGNO BITRITTO DSSBA9

UFFICIO DI PIANO BITETTO MODUGNO BITRITTO

Allegato 1: ISTANZA DI ADESIONE

“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”

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

C H I E D E

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 Modugno-Bitetto-Bitritto.

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 eventualmente (ove richiesto) iscritto all’Albo/Ordine
_____ al n. _____ sez. _____ dal ____/____/____;

4) Di essere titolare di partita IVA n. _____

alternativamente essere dipendenti di studi associati/società o cooperative con la seguente denominazione sociale

_____ e partita IVA _____;

5) che la tariffa lorda omnicomprensiva da applicare è la seguente:

In cifre _____

In lettere _____

6) di essere informato e di accettare, in modo incondizionato, che la tariffa oraria sarà sottoposta a verifica di congruità da parte di INPS.

7) di accettare, avendone presa conoscenza, tutte le norme e le condizioni stabilite dall'avviso indetto dall'Ambito Territoriale Sociale di Modugno, nonché quelle previste dall'Avviso Home Care Premium 2025-2028 dell'INPS.

8) Di essere dipendente di studi associati e/o società/cooperativa

9) Di non incorrere in nessuna forma di incompatibilità indicate nella manifestazione di interesse;

10) 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**