

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

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”

RIAPERTURA TERMINI PER TERAPISTI OCCUPAZIONALI

PRESTAZIONI E REQUISITI

Secondo l’art. 6 – *Obblighi del soggetto convenzionato*, l’ATS deve assicurare l’individuazione di almeno tre prestazioni professionali, tra quelle individuate all’art. 3 dell’Accordo, in numero congruo, in grado cioè di garantirne la fruizione da parte dei beneficiari residenti nell’Ambito; la congruità dovrà essere mantenuta costante per tutta la durata del progetto.

L’ATS deve impegnarsi ad implementare le prestazioni professionali, oltre le tre necessarie per la validità del presente Accordo, attraverso la ricerca di figure idonee a soddisfare il fabbisogno del maggior numero possibile di beneficiari.

Dunque, si è manifestata la necessità di riaprire i termini per la presentazione di istanza da parte di **terapisti occupazionali**, quali Professionisti erogatori di servizi professionali domiciliari e/o ambulatoriali finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana.

Per i servizi professionali indicati, è necessaria l’iscrizione da parte del professionista al rispettivo Albo professionale di appartenenza.

Si sottolinea che la figura del professionista potrà essere censita esclusivamente per una sola categoria: liberi professionisti o dipendenti.

PROROGA TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA

I Professionisti interessati possono aderire alla manifestazione di interesse **entro e non oltre il 15.10.2025 alle ore 12:00** inoltrando, all’indirizzo Pec 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.

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Ai sensi dell’art. 8 della L. 241/1990, si rende noto che il Responsabile del Procedimento è la Dott.ssa Luigina Antonella MELE, nella sua qualità di Responsabile dell’Ufficio di Piano dell’Ambito Territoriale Sociale di Galatina.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare le Referenti del Progetto “Home Care Premium 2025”, Dott.ssa Vanessa VENTURIERO e Dott.ssa Francesca GRECO al numero 0836/561550.

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 _____;

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

- 5) Di voler essere censito come Libero Professionista Dipendente;
- 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.**