



## DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

**Distretto Socio Sanitario di Vittoria  
Ufficio di Piano**

[protocollogenerale@pec.comunevittoria-rg.it](mailto:protocollogenerale@pec.comunevittoria-rg.it)

### MODELLO DI DOMANDA PER LA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

**PER LA COSTITUZIONE DI UN ALBO DISTRETTUALE DI PROFESSIONISTI ABILITATI  
ALL'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE IN FAVORE DEI  
BENEFICIARI DEL PROGRAMMA HOME CARE PREMIUM 2025-2028.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di evidenza pubblica in oggetto per il profilo di (barrare una sola casella):

- terapeuta occupazionale
- terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva
- psicologo e psicoterapeuta
- biologo nutrizionale e di dietistica
- fisioterapeuta
- logopedista
- educatore professionale sociosanitario o educatore professionale socio-pedagogico
- infermiere professionale
- operatore sociosanitario (OSS), operatore socioassistenziale (OSA)

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt.45, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del medesimo D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci:

di essere nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_



## DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

Codice Fiscale \_\_\_\_\_;

di essere residente a \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_,  
all'indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_;

che l'indirizzo di PEC presso cui inviare le comunicazioni inerenti il presente Avviso è il seguente:  
\_\_\_\_\_;

di essere in possesso della Cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino extracomunitario in  
possesso di regolare permesso di soggiorno ovvero del seguente Stato membro dell'Unione  
Europea (specificare\*): \_\_\_\_\_

*\*In quest'ultimo caso il candidato dovrà dichiarare di godere dei diritti civili e politici nello Stato  
di appartenenza e di avere adeguata conoscenza della lingua italiana;*

di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di \_\_\_\_\_;

In caso contrario, precisare i motivi della non iscrizione e della cancellazione dalle medesime:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

di non essere stato destituito, dispensato e di non essere decaduto dall'impiego presso una Pubblica  
Amministrazione e di non essere stato licenziato per persistente insufficiente rendimento;

di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso;

In caso contrario dichiarare le eventuali condanne penali riportate, anche in presenza di  
amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e gli eventuali procedimenti penali pendenti a  
proprio carico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## DISTRETTO D 43

Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7

---

di essere in possesso della qualifica professionale di

\_\_\_\_\_

conseguita presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ (per operatore sociosanitario - OSS e operatore socioassistenziale - OSA),

di essere in possesso del Diploma di Laurea in

\_\_\_\_\_

conseguito presso \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_, riportando la votazione di \_\_\_\_\_;

di essere in

*Qualora si dichiarino titoli di studio equiparati o equipollenti, sarà cura del candidato specificare gli estremi del provvedimento di equiparazione/equipollenza, tramite apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione, da allegare alla presente istanza. Qualora, inoltre, il candidato abbia conseguito il titolo di studio all'estero, dovrà possedere il relativo Decreto di equiparazione, da allegare alla presente istanza.*

di essere iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_

data e nr. iscrizione \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_;

di essere dipendente di studi associati o società con la seguente ragione sociale

\_\_\_\_\_

e partita IVA \_\_\_\_\_;

**oppure**

di essere titolare della seguente partita IVA: \_\_\_\_\_;

che il regime fiscale da applicare è  Ordinario o  Forfettario;

che l'aliquota IVA da applicare è pari al \_\_\_\_\_%



## **DISTRETTO D 43**

*Vittoria - Comiso - Acate - ASP n. 7*

---

- che la tariffa oraria lorda omnicomprensiva proposta è la seguente: (in cifre) € \_\_\_\_\_;
- di essere informato e di accettare, in modo incondizionato, che la tariffa oraria proposta sarà sottoposta a verifica di congruità da parte di INPS;
- di accettare, avendone presa conoscenza, tutte le norme e le condizioni stabilite dall'Avviso Pubblico indetto dal Distretto Socio Sanitario n. 43 di Vittoria, nonché quelle previste dal Bando Home Care Premium 2025-2028;

Allega:

- Curriculum Vitae;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Altro (specificare)

Firma

---