

OGGETTO: HOME CARE PREMIUM - 1^Luglio 2025 -30 Giugno 2028 - Procedura di Evidenza Pubblica - Manifestazione di interesse per la costituzione di un elenco di professionisti da impiegare per l'erogazione delle prestazioni integrative previste dal progetto Home Care Premium 2025.

Il/la sottoscritt _____

chiede di essere ammesso/a a partecipare alla procedura di evidenza pubblica in oggetto per l'erogazione di prestazioni integrative rivolte ai dipendenti e pensionati pubblici, iscritti alla gestione unitaria prestazione creditizie e sociali, per i loro coniugi, per parenti di primo grado non autosufficienti,

Per il Profilo di:

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:

1. di essere nat__ a _____ il _____
Codice Fiscale _____;
2. di essere residente a _____ C.a.p. _____,
in Via/Fraz. _____ n. _____
tel. _____ email _____;
3. che l'indirizzo di PEC presso cui inviare le comunicazioni inerenti il presente avviso è il seguente:

4. di essere in possesso della Cittadinanza italiana ovvero di essere cittadino 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);
5. di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____. (In caso contrario, precisare i motivi della non iscrizione e della cancellazione dalle medesime:

6. 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;

7. di non aver riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali in corso.

8. 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:

9. di essere in possesso del Diploma di Laurea in

conseguito presso _____,

in data _____, riportando la votazione di _____;

(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.)

10. di essere in possesso dell'Abilitazione all'esercizio della professione rilasciato in data _____, e di essere iscritto/a presso l'Ordine di _____ n. _____ nella Sezione _____;

11. di essere in possesso della seguente partita IVA _____;

12. che il regime fiscale da applicare è ☐ Ordinario ☐ Forfettario;

13. che l'aliquota IVA da applicare è pari al _____ %

14. che la tariffa lorda omnicomprensiva da applicare è la seguente:

In cifre _____

In lettere _____

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

16. di accettare, avendone presa conoscenza, tutte le norme e le condizioni stabilite dall'avviso indetto dall'Unione Montana dei Comuni del Sangro, nonché quelle previste dall'Avviso Home Care Premium 2025-2028

Allega:

- Curriculum Vitae;
- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Proprio tariffario, congruo alle rispettive tariffe regionali vigenti.

Firma
