



COMUNE DI QUARTU SANT'ELENA
QUARTU SANT'ALENI

Città Metropolitana di Cagliari



Al Plus Quartu Parteolla
c/o Comune di Quartu S.E.
Via Cilea, 19
09045 Quartu Sant'Elena

OGGETTO: RICHIESTA DI ACCREDITAMENTO PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI OPERATORI ECONOMICI EROGATORI DI PRESTAZIONI INTEGRATIVE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA NELL'AMBITO DEL PROGETTO INPS GESTIONE DIPENDENTI PUBBLICI "HOME CARE PREMIUM TRIENNIO 2025-2028".

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

E-mail _____ Pec _____

Tel. _____ Cell. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di:

☐ **Libero Professionista**

1. Iscritto all'Albo Professionale _____

N. Iscrizione _____

P.Iva _____

2. Qualifica Professionale _____

P.Iva _____



ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute

Comune di Donori (SU) Prot. n. 0006538 del 11-08-2026 - arrivo

C_H118 - C_H118 - 1 - 2026-08-11 - 0082055



COMUNE DI QUARTU SANT'ELENA
QUARTU SANT'ALENI

Città Metropolitana di Cagliari



○ **Rappresentante Legale dello Studio Associato o Società**

Denominazione _____

Con sede a _____ in via/piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____ P.Iva _____ Tel. _____

E-mail _____ Pec _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'Elenco Fornitori del progetto "Home Care Premium 2025-2028" del Plus Quartu Parteolla per l'erogazione delle prestazioni socio assistenziali integrative tra quelle previste dall'art. 17 del Bando HCP 2025 di seguito indicate:

TIPO DI PRESTAZIONE	PROPOSTA TARIFFA LORDA STUDIO Euro/l'ora (comprensiva di ogni onere ed imposta)	PROPOSTA TARIFFA LORDA DOMICILIO Euro/l'ora (comprensiva di ogni onere ed imposta)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		

**ELENCO DEL PERSONALE DIPENDENTE DI STUDIO ASSOCIATO O SOCIETA' CHE SI INTEDE ISCRIVERE NELLA PIATTAFORMA
INPS, UTILE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE**

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	ALBO PROFESSIONALE	NUMERO D'ISCRIZIONE ALL'ALBO	DATA D'ISCRIZIONE ALL'ALBO	PRESTAZIONE INTEGRATIVA EROGATA





COMUNE DI QUARTU SANT'ELENA
QUARTU SANT'ALENI

Città Metropolitana di Cagliari



COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	QUALIFICA	ALBO PROFESSIONALE	NUMERO D'ISCRIZIONE ALL'ALBO	DATA D'ISCRIZIONE ALL'ALBO	PRESTAZIONE INTEGRATIVA EROGATA

Istruzioni Compilazione:

- In caso di OSS e OSA nelle colonne "Albo professionale" e "Numero di iscrizione all'albo" indicare "non previsto"
- In caso di Educatore professionale socio-pedagogico nella colonna "Albo professionale" indicare l'albo al quale si è presentata domanda di iscrizione e nella colonna "Data di iscrizione all'albo" indicare la data di presentazione della domanda di iscrizione all'albo;

TUTTO CIÒ PRECISATO

a questi fini, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

SI DICHIARA INOLTRE

- di accettare integralmente e senza eccezione alcuna le clausole contenute nell'avviso pubblico del 25/03/2025 (Bando HCP 2025/2028);
- di non trovarsi in alcuno degli stati, condizioni o situazioni previsti dal D.Lgs 36/2023, (nuovo codice dei contratti pubblici), fonte di principi di ordine pubblico ed economico;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, alle norme in materia di contribuzione sociale, secondo la legislazione italiana o del paese di provenienza;
- l'inesistenza di violazioni gravi, definitivamente accertate, attinenti alle norme in materia di sicurezza e ad ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
- che non sono state pronunciate sentenze di condanna passata in giudicato, ovvero sentenze di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale per reati che incidono sulla affidabilità morale e professionale;



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute



COMUNE DI QUARTU SANT'ELENA
QUARTU SANT'ALENI

Città Metropolitana di Cagliari



- di non avere intrattenuto rapporti giuridici con il Plus Quartu Parteolla caratterizzati dal sorgere di contenziosi o debiti pendenti;
- di accettare che i dati di accreditamento al progetto Home Care Premium 2025 (nominativi liberi professionisti proposte tariffarie) vengano trasmessi all'INPS come previsto nella convenzione tra Inps e Ambito Plus Quartu Parteolla;
- di accettare che il beneficiario potrà contattare uno dei professionisti che risulteranno visibili in procedura per ciascun Ambito Territoriale. (art.18 comma 2 -Bando HCP 2025/2028);
- di accettare che le prestazioni potranno essere rese entro il budget fissato dall'operatore sociosanitario dell'istituto (art.18 comma 3 -Bando HCP 2025/2028);
- di accettare che le prestazioni rese saranno rimborsate al professionista/ditta, con cadenza mensile, sulla base delle fatture inserite in procedura INPS dallo stesso e convalidate dall'utente, a conferma dell'avvenuta erogazione della prestazione (art.18 comma 4 -Bando HCP 2025/2028).

Avvertenza, allegare:

- *fotocopia di un documento di identità, in corso di validità, del soggetto dichiarante ai sensi del D.P.R. 445/2000;*
- *fotocopia di ogni dipendente di Studio Associato o Società per i quali si richiede l'accreditamento;*
- *copia del certificato d'iscrizione all'Albo o domanda di iscrizione all'albo professionale (quest'ultima possibilità solo per gli educatori professionali socio-pedagogici);*
- *attestati di qualifica per OSS e OSA dei dipendenti per i quali si richiede l'accreditamento o di eventuali liberi professionisti;*

Data

Firma



Comune di
DOLIANOVA



Comune di
DONORI



Comune di
QUARTU S.ELENA



Comune di
SERDIANA



Comune di
SOLEMINIS



Comune di
BURCEI



Comune di
SINNAI



Comune di
MARACALAGONIS



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute