



Ambito Territoriale Sociale di Termoli

Comuni associati di: Termoli (Comune Capofila), Acquaviva Collecroce, Campomarino, Castelmauro, Civitacampomarano, Guardialfiera, Guglionesi, Lupara, Mafalda, Montecilfone, Montefalcone nel Sannio, Montemitro, Montenero di Bisaccia, Palata, Petacciato, Portocannone, San Felice del Molise, San Giacomo degli Schiavoni, Tavenna

ALLEGATO A
(aggiornato in data 16 maggio 2025)

ALL'AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI TERMOLI

Ufficio di Piano

protocollo@pec.comune.termoli.cb.it

**MODELLO DI DOMANDA PER MANIFESTARE INTERESSE ALL'AVVISO PUBBLICO PER
L'ACCREDITAMENTO DEI PROFESSIONISTI ABILITATI ALL'EROGAZIONE DELLE
PRESTAZIONI INTEGRATIVE PREVISTE IN FAVORE DEI BENEFICIARI DEL
PROGRAMMA HOME CARE PREMIUM 2025-2028 RESIDENTI IN UNO DEI COMUNI
DELL'ATS DI TERMOLI.**

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 dietista
- ☐ fisioterapista
- ☐ 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 _____

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:

_____;

☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in

_____ in

conseguito presso _____
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.

☐ di essere iscritto all'Albo Professionale di _____
data e nr. iscrizione _____ sez. _____;

☐ di essere in possesso della qualifica professionale OSS, rilasciata da _____ in
data _____;

☐ di essere in possesso della qualifica professionale OSA, rilasciata da _____ in
data _____;

☐ 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 _____ %
- ☐ che la tariffa oraria lorda onnicomprensiva 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 dall'Ambito Territoriale Sociale di Termoli, nonché quelle previste dal Bando Home Care Premium 2025-2028.

Allega:

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

Firma

