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 PROFESSIONISTI PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI INTEGRATIVE RELATIVE AL PROGETTO HOME CARE PREMIUM 2025"

RIAPERTURA TERMINI PER OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS)

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 **operatori socio sanitari (OSS)**, quali Professionisti erogatori di servizi professionali di cura e di assistenza alle persone in condizioni di disabilità, finalizzati a soddisfarne i bisogni primari e favorirne il benessere e l'autonomia.

Per i servizi professionali indicati, **è necessario il possesso dell'attestazione della relativa qualifica professionale**.

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 18.12.2025 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 professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative relative al progetto Home Care Premium 2025: operatori socio sanitari (OSS)"**, i seguenti documenti:

- ISTANZA DI ADESIONE (Allegato 1);
- Documento d'identità in corso di validità;
- Tariffario delle prestazioni, differenziandolo **esclusivamente** tra prestazione svolta a domicilio e prestazione svolta presso il servizio/struttura all'interno della quale il Professionista presta la propria attività lavorativa come dipendente;
- Attestato di qualifica professionale.

ATS Galatina
Ambito Territoriale Sociale

Aradeo
Cutrofiano
Galatina
Neviano
Sogliano C.
Soleto

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

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.

ATS Galatina
Ambito Territoriale Sociale

Aradeo
Cutrofiano
Galatina
Neviano
Sogliano C.
Soleto

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: _____

C H I E D E

Di essere inserito negli elenchi per la "**Manifestazione d'interesse per la creazione di più elenchi di professionisti per l'erogazione delle prestazioni integrative relative al progetto Home Care Premium 2025: operatori socio sanitari (OSS)"** 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 aver acquisito la qualifica di Operatore Socio Sanitario (OSS) in data _____ rilasciata da _____;
3) Di essere titolare di partita IVA n. _____ o di essere dipendente dello studio associato/società_____;
4) Di voler essere censito come ☐ Libero Professionista ☐ Dipendente;
5) Di essere in possesso di polizza assicurativa RC;

ATS Galatina
Ambito Territoriale Sociale
Aradeo
Cutrofiano
Galatina
Neviano
Sogliano C.
Soleto

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

6) Di non incorrere in nessuna forma di incompatibilità indicate nella manifestazione di interesse;

7) 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)

***si allega alla presente:**

- **Documento d'identità in corso di validità;**
- **Tariffario delle prestazioni, differenziandolo esclusivamente tra prestazione svolta a domicilio e prestazione svolta presso il servizio/struttura all'interno della quale il Professionista presta la propria attività lavorativa come dipendente;**
- **Attestato di qualifica professionale.**