



## *Comune di Montefiascone*

## *Provincia di Viterbo*

*Largo Plebiscito, 1 - 01027 Montefiascone (VT)*

Tel. 0761/83201 protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it

### **AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL FINE DI COSTITUIRE UN ELENCO DI FIGURE PROFESSIONALI DISPONIBILI AD EROGARE LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025/28"**

Visto che in data 26.03.2025 è stato pubblicato da INPS il nuovo Bando Home Care Premium 2025/28;

Vista la Delibera di Giunta n. 57 del 28/03/2025 con cui il Comune di Montefiascone - Ente capofila del Distretto VT1, sulla base delle indicazioni presenti nell'Avviso di adesione al progetto Home Care Premium 2025/28, ha aderito all'omonimo bando;

Nello specifico, con questo avviso il Comune di Montefiascone intende individuare, per il periodo di validità del bando, 01.07.2025 al 30.06.2028, un elenco di professionisti iscritti al rispettivo Albo professionale anche privi di partita iva, quindi dipendenti di studi associati o società. Si sottolinea che la figura del professionista potrà essere censita esclusivamente per una sola categoria: liberi professionisti o dipendenti.

Di seguito verranno elencate le prestazioni che potenzialmente sono oggetto di erogazione nell'ambito del progetto HCP 2025/28, come da artt. 17 e 18 del Bando HCP 2025/28 anche alla luce delle integrazioni pubblicate il 15.05.2025 sul area tematica dedicata del sito INPS. Per le figure di OSS e OSA, come reintegrate dalla summenzionata integrazione al bando, verrà pubblicato altro Avviso, in ragione di una maggiore chiarezza circa la differenza sostanziale di requisiti.

**I servizi per cui si può chiedere l'iscrizione tramite l'Allegato A al presente Avviso sono:**

- a) servizi professionali domiciliari finalizzati a migliorare l'autonomia personale nelle attività di vita quotidiana, effettuati da terapista occupazionale**
- b) servizi professionali di terapia della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- c) servizi professionali di psicologia e psicoterapia**
- d) servizi professionali di biologia nutrizionale e di dietista**
- e) servizi professionali di fisioterapia**
- f) servizi professionali di logopedia**
- g) servizi specialistici finalizzati al potenziamento e alla crescita delle capacità relazionali ed emotive effettuati dall'educatore professionale sociosanitario o dall'educatore professionale socio pedagogico.**
- h) servizi professionali di infermieristica.**

Le prestazioni professionali rese saranno rimborsate al professionista, con cadenza mensile direttamente dall'Istituto INPS, non comportando oneri a carico del Comune di Montefiascone.

### **Presentazione della manifestazione di interesse**

Tenuto conto di quanto sopra, si invitano i soggetti interessati a far pervenire apposita manifestazione di interesse, sullo schema dell'Allegato A, in carta libera e sottoscritta, corredata di copia di documento di identità del sottoscrittore entro il giorno 08/06/2025 presso l'ufficio protocollo del Comune di Montefiascone, fisicamente, o mediante email o pec al seguente indirizzo: [protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it](mailto:protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it) all'attenzione dei Servizi Sociali ed Educativi - Sportello Home Care Premium con il seguente oggetto: "MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI FIGURE PROFESSIONALI DISPONIBILI AD EROGARE LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025/28".

L'Amministrazione si riserva la facoltà di acquisire ulteriore documentazione in ordine al contenuto delle manifestazioni di interesse e dei documenti presentati dai soggetti interessati, come pure richiedere agli stessi di qualificare ulteriormente la propria candidatura nei termini ed alle condizioni che saranno al riguardo comunicate.

### **ESAME MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Il presente schema di avviso non costituisce né un'offerta contrattuale, né una sollecitazione a presentare offerta, ma è da intendersi come mera raccolta di manifestazioni di interesse che non comporta né diritti di prelazione o preferenza né impegni o vincoli sia per i soggetti che presenteranno manifestazione di interesse sia per il Comune di Montefiascone in qualità di capofila del Distretto sociosanitario VT-1.

A seguito dell'esamina delle manifestazioni pervenute, chiunque risulti idoneo, verrà inserito nell'elenco degli operatori abilitati, all'interno del quale i beneficiari potranno scegliere il professionista cui affidarsi.

### **FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DELL'ELENCO**

Il convenzionamento del Comune di Montefiascone con l'INPS è subordinato all'inserimento in sede di istanza (entro il 09 giugno 2025) di almeno n. 3 prestazioni professionali (tra quelle sopra elencate) e dei relativi professionisti accreditatisi; in caso d'impossibilità di reperimento di un numero sufficiente di professionisti, il Comune di Montefiascone non potrà dar corso al convenzionamento e interromperà l'iter amministrativo collegato alla procedura in oggetto.

L'Elenco di cui trattasi verrà costituito a valere dalla data di approvazione del medesimo e rimarrà in vigore fino al termine progetto, attualmente stabilito al 30/06/2028.

L'Elenco è da considerarsi "aperto" e pertanto le manifestazioni di interesse potranno essere presentate in itinere in qualsiasi momento.

L'aggiornamento dell'Elenco avverrà, di norma, con cadenza trimestrale e potrà riguardare sia l'inserimento di nuovi soggetti, sia l'aggiornamento da parte di quelli già presenti.

Responsabile del Procedimento: Dott. Stefano Angeli, Responsabile del IV Settore Servizi Sociali, Istruzione e Servizi Educativi - [protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it](mailto:protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it)

Informazioni sul presente schema di avviso: Sportello Home Care Premium - mail [homecare@comune.montefiascone.vt.it](mailto:homecare@comune.montefiascone.vt.it) - tel. 0761.832045 – orario: lunedì e giovedì 8-17:30; martedì, mercoledì e venerdì: 8-14.

Data e luogo  
Montefiascone lì, 28.05.2025

**RESPONSABILE DEL IV SETTORE**

*Dott. Stefano Angeli*



ANGELI  
STEFANO  
28.05  
.2025  
11:41:45  
UTC



## *Comune di Montefiascone*

## *Provincia di Viterbo*

*Largo Plebiscito, 1 - 01027 Montefiascone (VT)*

Tel. 0761/83201 protocollo@pec.comune.montefiascone.vt.it

### **Allegato A**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL FINE DI COSTITUIRE UN ELENCO DI FIGURE PROFESSIONALI DISPONIBILI AD EROGARE LE PRESTAZIONI INTEGRATIVE NELL'AMBITO DEL PROGETTO "HOME CARE PREMIUM 2025/28"**

Nome ..... Cognome .....  
codice fiscale ..... recapito  
telefonico ..... e-mail  
..... PEC  
.....

Albo di iscrizione .....

Nr. Iscrizione Albo .....

#### Se dipendente:

- Ragione sociale azienda: .....
- Partita iva azienda: .....

#### Se libero professionista:

- Partita I.V.A. \_\_\_\_\_
- Tariffario (si può scegliere una sola opzione o entrambe, si possono chiedere importi differenti per le due modalità di erogazione):
  - Studio: .....
  - Domiciliare: .....

Presa visione dell'Avviso, il sottoscritto/a MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ad aderire all'avviso riguardate il progetto Home Care Premium 2025/28 per il Comune di Montefiascone in qualità di capofila del Distretto VT1;

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445 e s.m., consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti e dichiarazioni mendaci, oltre alle conseguenze amministrative previste per le procedure relative agli appalti pubblici;

## DICHIARA

(barrare la/e casella/e di proprio interesse

**Terapista occupazionale**

**Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**

**Psicologo**

**Psicoterapeuta**

**Fisioterapista**

**Logopedista**

**Biologo nutrizionista**

**Dietista**

**Educatore professionale sociosanitario**

**Educatore professionale socio pedagogico**

**Infermiere**

Dichiara inoltre:

- di aver preso visione dell'Avviso per la manifestazione di interesse e accettarlo in ogni sua parte;
- di essere in possesso di tutti i requisiti necessari per contrarre con la P.A. di cui agli artt. 94 e ss. del D. Lgs. 36/2023 qui richiamati in via analogica;
- che il soggetto è dotato di adeguate coperture assicurative volte a garantire le persone destinatarie del servizio, gli operatori e i soggetti terzi per danni imputabili a soggetto erogatore o ad altri soggetti di cui debba rispondere;
- di essere consapevole che il pagamento delle prestazioni integrative rese avverrà con cadenza mensile, da parte di INPS sulla base delle fatture inserite in procedura e convalidate dall'utente HCP, come da art. 18 c. 4 Bando HCP 2025/28.
- di essere informato, ai sensi delle vigenti disposizioni normative in tema di Tutela dei dati, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati trasmessi nella presente istanza prendendo atto che l'omessa, parziale o tardiva segnalazione potrebbe causare ritardi e problematiche nei pagamenti gestiti direttamente da Inps;

L'assenza di uno o più requisiti tra quelli sopra indicati sarà causa di esclusione per il sottoscritto;

SI ALLEGA:

- copia di un documento d'identità in corso di validità;
- copia iscrizione Albo Professionale;

Curriculum Vitae.

Data

Firma

-----

-----