



Delibera n. 141 del 24/04/2024

OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE IN EQUIPE ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA AI FINI SCOLASTICI SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE N.170/2010 E PER LE PROCEDURE CONCORSUALI DI CUI ALLA L.R.N. 17/2019

IL DIRETTORE GENERALE – Dott. Michele Brait

Nominato in forza della Deliberazione della Giunta Regionale di Lombardia n. XII/1653 del 21/12/23

ACQUISITI i pareri del

Direttore Sanitario

Dr. Aldo Bellini

Favorevole

Direttore SocioSanitario

Dr. Antonio Colaianni

Favorevole

Direttore Amministrativo

Dott. Giuseppe Matozzo

Favorevole

PREMESSO che la Legge 8 ottobre 2010 n. 170 avente ad oggetto “Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico” e l’Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)” prevedono che le Regioni, per garantire la diagnosi tempestiva di Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), possano prevedere percorsi specifici per il riconoscimento di ulteriori soggetti privati nel caso in cui i servizi pubblici o accreditati del Servizio Sanitario Nazionale non siano in grado di rilasciare certificazioni in tempi utili per l’attivazione delle misure didattiche;

RICHIAMATI:

- l’Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano avente ad oggetto “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)”;
- la nota della Direzione Generale Sanità prot.H1.2013.0006315 del 21/02/2013 “Disturbo Specifico dell’Apprendimento (DSA). Istituzione presso le ASL degli elenchi dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell’Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L.170/2010” che prevede la costituzione in ogni ASL di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti, sulla base di un’autocertificazione attestante il possesso degli specifici requisiti richiesti, i soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell’Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L.170/2010”, precisando che “i servizi di Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza pubblici e privati accreditati, non sono tenuti alla presentazione dell’istanza” in quanto già autorizzati;
- la nota della Direzione Generale Sanità prot.n. H1.2015.0018622 del 22/06/2015 “Attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento” che trasmette:
 - i “Requisiti necessari per l’inserimento negli elenchi dei soggetti autorizzati a effettuare la prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dall’Accordo stato regioni del 25/07/2012 e dalla L. 170/2010”;
 - il modulo di presentazione richiesta di autorizzazione;
 - la procedura per la presentazione delle domande in cui precisa che: “A partire dal 2016 le istanze dovranno essere presentate nel periodo 01/05 – 31/05”, che “Le apposite commissioni istituite in ogni ASL verificano la coerenza delle istanze ricevute con le indicazioni contenute nella presente nota e comunicano alla Direzione Generale della ASL l’elenco dei soggetti autorizzati alla attività di prima certificazione di DSA. L’elenco dei soggetti autorizzati a effettuare prime certificazioni di DSA ai fini scolastici ai sensi della L. 170/2010 sarà reso disponibile sul sito della ASL. L’elenco ha valore su tutto il territorio regionale”;
- la nota della Direzione Generale Welfare prot.55684.21 del 09/04/2021 ad oggetto “Modulistica relativa alle equipe DSA per l’inserimento nell’elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi delle Legge n. 170/2010 e L.R. n. 17/2019)” con la quale si è provveduto ad aggiornare la modulistica in uso nell’ottica di una omogeneizzazione degli strumenti e delle modalità in atto nei diversi territori;

VISTA la nota regionale G1.2024.0012791 del 08/04/2024 ad oggetto “Modulistica inerente iter di inserimento nell’elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) che nell’ottica di una omogeneizzazione degli strumenti e delle modalità in atto nei diversi territori trasmette il modello dell’Avviso pubblico per la riapertura termini per la presentazione domande di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) unitamente alla relativa modulistica;

RITENUTO di approvare l’Avviso Pubblico per la riapertura termini per la presentazione domande di autorizzazione all’attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n.

170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2024 e con termine il 31/05/2024, secondo il modello regionale di cui all'Allegato A del presente provvedimento e i relativi allegati:

- Allegato 1 Domanda Nuova Equipe DSA;
- Allegato 1.1 Modulistica Integrativa Nuova Equipe DSA;
- Allegato 2 Domanda Integrazione Equipe DSA già autorizzata;
- Allegato 2.1 Modulistica Integrativa per Modifica Equipe DSA già autorizzata;
- Allegato 3 Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati;

parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

STABILITO di pubblicare il citato Avviso Pubblico per la riapertura termini per la presentazione domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2024 e con termine il 31/05/2024 e relativi allegati sul sito Internet aziendale a seguito dell'adozione del presente atto;

VISTA la proposta presentata dal Direttore della S.C. Salute Mentale, Dipendenza e Disabilità Psicica Dott.ssa Paola Passoni che, anche in qualità di Responsabile del procedimento, attesta la regolarità tecnica e la legittimità del presente atto;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di approvare l'Avviso Pubblico per la riapertura termini per la presentazione domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2024 e con termine il 31/05/2024, secondo il modello regionale di cui all'Allegato A al presente provvedimento e i relativi allegati:
 - Allegato 1 Domanda Nuova Equipe DSA;
 - Allegato 1.1 Modulistica Integrativa Nuova Equipe DSA;
 - Allegato 2 Domanda Integrazione Equipe DSA già autorizzata;
 - Allegato 2.1 Modulistica Integrativa per Modifica Equipe DSA già autorizzata;
 - Allegato 3 Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati;parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
- di stabilire la pubblicazione del citato Avviso Pubblico per la riapertura termini per la presentazione domande di autorizzazione all'attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r. n. 17/2019) a partire dal 01/05/2024 e con termine il 31/05/2024 e relativi allegati sul sito Internet aziendale a seguito dell'adozione del presente atto;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa ATS;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell'art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall'art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di comunicare l'adozione del presente provvedimento alle Strutture aziendali.

Documento firmato digitalmente
IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Michele Brait)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E LEGITTIMITA'

STRUTTURA PROPONENTE: SC SALUTE MENTALE DIPENDENZA E DISABILITA' PSICHICA

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Il Dirigente Responsabile
Paola Passoni

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

Si attesta la regolarità contabile del presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n.: _____ Importo: _____

NOTE

AVVISO PUBBLICO

RIAPERTURA TERMINI ANNO 2024

1.5.2024 – 31.5.2024

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA L.170/2010 E DALLA L.R. N. 17/2019

nelle due seguenti tipologie:

A) NUOVA EQUIPE (Modulo 1)

B) NUOVI PROFESSIONISTI IN EQUIPE GIA' AUTORIZZATE (Modulo 2):

- per l'inserimento di nuovi professionisti in equipe già autorizzate e inserite nell'elenco pubblicato sul sito di ATS

Premessa

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) rappresentano una condizione clinica evolutiva di difficoltà di apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo che si manifesta con l'inizio della scolarizzazione. Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale.

La famiglia, che rileva significative difficoltà nel percorso di apprendimento scolastico del figlio, può confrontarsi con i docenti di classe, con il referente scolastico DSA e/o con il pediatra e decidere di richiedere una valutazione clinica per accertare l'eventuale presenza di Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

Finalità

Nell'Accordo Stato Regioni del 25/07/2012 "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e nella Legge 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico", sono stati definiti i criteri qualitativi per l'individuazione dei soggetti abilitati al rilascio della prima certificazione diagnostica dei DSA.

Il presente avviso dà attuazione ad un percorso specifico volto a garantire la diagnosi tempestiva dei DSA da parte di soggetti privati non accreditati.

La finalità del presente avviso è la costituzione nell'ATS di un elenco aggiornato, a valore regionale, in cui vengono iscritte le équipe private, autorizzate ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L. 170/2010, come indicato nelle note Direzione Generale Salute del 21/11/2012 prot. H1.2012.0033445 e del 21/02/2013 prot. H1.2013.0006315 e valida a garantire pari opportunità ai soggetti con diagnosi DSA nelle procedure di concorso regionale come da Legge regionale n.17 del 29/10/2019 art. 6 sulla base della procedura prevista dal presente avviso.

Destinatari

Enti e soggetti privati con personalità giuridica o professionisti in possesso dei requisiti richiesti per il rilascio di certificazioni utili per l'attivazione delle misure in presenza di diagnosi DSA ai sensi della Legge 8 ottobre 2010 n.170 avente ad oggetto "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico" e l'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012 "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)".

La domanda di autorizzazione da parte di nuove équipe ad effettuare attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (tipologia A) e la domanda per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate (tipologia B) devono essere presentate dal:

- Legale Rappresentante Enti/soggetti privati con personalità giuridica
 - o
- Professionista Referente dell'équipe.

Requisiti

-Presenza di una équipe multidisciplinare costituita da:

- Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'adolescenza
- Psicologo
- Logopedista

Nel caso di valutazione e prima diagnosi a favore di soggetti adulti, la figura del neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza viene sostituita da quella del neurologo o di altro specialista medico formato in modo specifico sull'argomento (rif. Consensus Conference del 2010).

-Iscrizione all'Ordine professionale per i neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza/neurologi o altro specialista e gli psicologi; per i logopedisti iscrizione all'Ordine TSRM-PSTRP Albo professionale dei logopedisti.

-Documentato possesso, da parte di tutti i professionisti componenti l'equipe, dei previsti livelli minimi di formazione teorica e competenza specifica acquisita sul campo, come di seguito precisato:

- formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA;

o in alternativa

- formazione sui DSA di almeno 50 ore + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1500 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici –riabilitativi di utenti con DSA.

-Possesso di titolo autorizzativo (SCIA/autorizzazione sanitaria/comunicazione di inizio attività di Studio Professionale) per tutte le sedi di svolgimento delle attività per il rilascio delle certificazioni indicate.

Si precisa che i professionisti che prestano la loro attività **in regime di esclusività** presso strutture pubbliche **non** possono svolgere attività di prima certificazione DSA nell'ambito di equipe di cui al presente avviso, fermo restando quanto stabilito dalla vigente normativa in materia.

Termini e modalità di presentazione della domanda

Per l'anno 2024 il periodo di presentazione delle istanze di autorizzazione di nuova equipe e per l'inserimento di nuovi professionisti in equipe già autorizzata è compreso tra il **01/05/2024 e il 31/05/2024**.

La richiesta va presentata utilizzando esclusivamente il *fac-simile* di domanda e i moduli allegati al presente avviso e pubblicati sul sito di ATS.

Si raccomanda di effettuare un unico invio della domanda secondo la modalità sotto indicata.

Come da *fac-simile* nella domanda dovranno essere indicati:

- i dati identificativi dell'equipe da pubblicare sul sito di ATS delle Brianza;
- la sede ove viene conservata la documentazione relativa ai componenti dell'equipe e la documentazione clinica.

Si specifica che, per la sede operativa di riferimento e nel caso in cui l'equipe non operi in un'unica sede, devono essere indicati gli indirizzi degli studi professionali ed il recapito telefonico del singolo professionista al fine di riportarlo successivamente nell'elenco pubblicato sul sito web di ATS della Brianza.

I requisiti autocertificati nella modulistica da allegare alla domanda devono trovare corrispondenza con quanto dichiarato nel CV.

Le domande, a pena di esclusione, dovranno essere inviate a Agenzia Tutela della Salute (ATS) della Brianza e inoltrate:

- via PEC all'indirizzo protocollo@pec.ats-brianza.it
- consegnate direttamente all'Ufficio protocollo ATS della Brianza sito in Monza-Viale Elvezia n.2

entro il termine di scadenza del 31 maggio 2024.

ATS della Brianza non si assume responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito, disguidi o altri eventi analoghi dovuti a fatto di terzi, a caso fortuito o di forza maggiore.

Istruttoria e criteri valutazione istanze

La domanda dovrà essere redatta sulla modulistica allegata al presente avviso in modo completo e conforme.

Non saranno ritenute ammissibili le domande:

- non firmate in autografo o digitalmente;
- non conformi al testo previsto e/o presentate su modulistica non completata in tutte le parti richieste e/o diversa da quella indicata nel presente Avviso;
- prive di tutti i documenti richiesti da allegare;
- inviate ad indirizzo PEC diverso da quello previsto dal presente avviso;
- pervenute oltre i termini;
- con Curricula Vitae privi delle seguenti dichiarazioni debitamente sottoscritte:
 - il sottoscrittodichiara che le informazioni rese, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sono veritiere e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
 - il sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", autorizza l'ATS di..... al trattamento dei dati personali.

Si precisa che, in caso di documenti mancanti/incompleti relativi ai singoli professionisti, l'inammissibilità è applicata al singolo componente a cui la documentazione carente si riferisce. Laddove l'esclusione di tale componente determina l'assenza di una figura professionale obbligatoria, l'intera equipe non verrà autorizzata.

La valutazione delle domande pervenute sarà effettuata da apposita "Commissione di valutazione" nominata da ATS e istituita così come previsto dalle indicazioni regionali.

In fase istruttoria la Commissione garantirà uniformità ed omogeneità nella verifica formale e documentale delle domande e nella valutazione del possesso dei requisiti (formazione teorica e competenza acquisita sul campo) così come dichiarati dai singoli professionisti. È facoltà della "Commissione di valutazione" richiedere documentazione integrativa ai fini della valutazione dei suddetti requisiti.

Non sarà possibile inviare documentazione successivamente alla chiusura dei termini se non su specifica richiesta di integrazione da parte della Commissione preposta.

Modalità di comunicazione degli esiti della valutazione

A conclusione dell'iter valutativo da parte della Commissione preposta, ATS, con specifico atto deliberativo, provvederà ad aggiornare l'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (inserimento nuove equipe, inserimento di nuovi professionisti in equipe già autorizzate), con successiva pubblicazione sul sito web dell'Agenzia.

L'elenco delle equipe autorizzate ha validità su tutto il territorio regionale.

Nei casi di non autorizzazione dell'equipe ovvero di esclusione dei singoli componenti dell'equipe, ATS provvederà - tramite PEC - a comunicare al Legale Rappresentante/Referente dell'equipe l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione preposta.

Flusso Informativo

Il Legale Rappresentante/Referente delle equipe autorizzate è tenuto a verificare direttamente la correttezza e completezza dei riferimenti pubblicati e a segnalare eventuali errori o inesattezze ad ATS.

Eventuali variazioni nella composizione dell'equipe autorizzate (inserimenti di professionisti già autorizzati, dimissioni, ecc.) e/o nei riferimenti delle stesse (sede operativa dell'equipe e/o di ciascun professionista, recapiti telefonici, ecc.) dovranno essere comunicati entro 30 gg. dalla data della variazione all'indirizzo PEC protocollo@pec.ats-brianza.it

Il Legale rappresentante/Referente dell'equipe autorizzata è tenuto a trasmettere annualmente i dati di monitoraggio richiesti dalla Direzione Generale Welfare sull'attività svolta mediante la compilazione di specifica scheda di monitoraggio dati e la conseguente restituzione ad ATS con invio tramite PEC all'indirizzo protocollo@pec.ats-brianza.it entro la scadenza prevista.

Si sottolinea che il monitoraggio dell'attività di prima certificazione diagnostica DSA costituisce un'importante rilevazione ai fini dell'aggiornamento della mappa regionale del bisogno e dell'offerta utile ai fini programmatori.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018, si informa che i dati personali forniti dai richiedenti sono trattati da ATS della Brianza in qualità di titolare del trattamento.

Responsabile del trattamento dei dati personali è ATS della Brianza.

I dati personali sono utilizzati da ATS per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Allegati

La documentazione prevista dal presente avviso e ad esso allegata è costituita da:

A) NUOVA EQUIPE:

- ✓ Modulo 1_domanda di nuova equipe DSA
- ✓ Modulo 1.1_modulistica integrativa nuova equipe che comprende" formazione teorica sui DSA e competenza acquisita sul campo con utenti con DSA"
- ✓ Modulo 3.1_dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati


B) NUOVI PROFESSIONISTI IN EQUIPE GIA' AUTORIZZATE:

- ✓ Modulo 2_domanda integrazione composizione equipe già autorizzata per inserimento nuovo/i professionista/in equipe già autorizzata
- ✓ Modulo 2.1_modulistica integrativa equipe già autorizzata che comprende" formazione teorica sui DSA e competenza acquisita sul campo con utenti con DSA"

Per eventuali informazioni e chiarimenti:

Dr.ssa Maria Ambrisi

S.C. Salute Mentale, Dipendenza e Disabilità Psichica

 039-2384052

 maria.ambrisi@ats-brianza.it

Allegato 1 alla Delibera n. del

Domanda Nuova Equipe DSA

All'Agenzia Tutela della Salute di _____
Dipartimento _____
Pec _____

Domanda di nuova equipe DSA per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019)

Il/La sottoscritto/a _____, telefono _____
e-mail _____ pec _____
in qualità di:

- Rappresentante Legale dell'Ente (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)
- Referente dell'equipe DSA, (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati),

chiede

di iscrivere l'equipe di seguito riportata all'elenco dei soggetti autorizzati alla prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 25 Luglio 2012 su "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e dalla L. 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico".

A tal fine dichiara:

1) di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;

2) che dell'equipe multidisciplinare fanno parte i seguenti professionisti:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n _____

- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____

- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____

Solo per certificazione di adulti:

- Neurologo/altro specialista medico

Nome cognome _____ Specialità: _____

Iscrizione Ordine n _____

3) che l'equipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS

4) che il professionista (nome e cognome) * _____

- è componente di altra **nuova** equipe che ha contestualmente presentato istanza di autorizzazione all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____;

Allegato 1 alla Delibera n. del

Domanda Nuova Equipe DSA

è componente di equipe **già autorizzata** all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____ equipe n. _____ denominazione _____

** parte da compilare per ogni professionista interessato*

- 5) di impegnarsi a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:
- alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione, alla adeguata misurazione delle competenze cognitive, alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;
 - alla formulazione della relazione diagnostica in modo che essa contenga gli elementi necessari per poter verificare l'esistenza dei criteri previsti per la diagnosi di DSA;
 - alla multidisciplinarietà;
- 6) di impegnarsi ad utilizzare il modulo trasmesso con nota della Direzione Generale Salute del 22.06.2015 (protocollo n.H1.2015.0018622) "*Attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)*", riportando sullo stesso, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale del neuropsichiatra infantile o psicologo referente che lo firma, anche i nominativi ed il rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale di tutte le figure professionali che compongono l'équipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;
- 7) di impegnarsi ad utilizzare la scheda di aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA trasmessa con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094 dalla Direzione Generale Welfare;
- 8) di impegnarsi ad informare gli utenti e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione, come indicato nelle "Linee Guida esplicative del percorso di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento per la scuola, per le famiglie e per i professionisti" trasmesse dalla Direzione Generale Welfare con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094;
- 9) di allegare il Protocollo descrittivo delle modalità con cui l'équipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione nonché della composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione, compresi i costi minimi e massimi riferiti al percorso, garantendone la trasmissione ad ATS in caso di variazioni;
- 10) di impegnarsi a informare ATS di ogni variazione con le modalità previste e di fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS, i dati che questa richiederà nell'ambito del flusso informativo concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Di seguito si indicano i **dati identificativi dell'équipe** da pubblicare nell'elenco sul sito dell'ATS:

Equipe/centro DSA:

nome identificativo dell'équipe/centro DSA _____

Referente dell'équipe

nome e cognome _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede in cui viene conservata la documentazione clinica e relativa all'équipe:

via _____ n. civico _____

località _____

Allegato 1 alla Delibera n. del

Domanda Nuova Equipe DSA

telefono _____
indirizzo mail _____
indirizzo pec _____

Sede operativa di riferimento: _____
via _____ n. civico _____
località _____
telefono _____
indirizzo mail _____
indirizzo pec _____

Nel caso in cui l'equipe **non operi in un'unica sede** ed i componenti che ne fanno parte lavorino presso propri studi professionali, saranno pubblicati nell'elenco sul sito ATS i dati di cui al Modulo 1.1. delle singole sedi.

nome e cognome del professionista _____
via _____ n. civico _____ località _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia di un documento di identità** del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'equipe DSA;
- 2) **Curriculum Vitae** dei singoli componenti dell'equipe non ancora autorizzati (**autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali**): totale allegati n. _____;
- 3) **Modulistica integrativa relativa ai componenti dell'equipe non ancora autorizzati (Modulo 1.1. allegato)**: totale allegati n. _____;
- 4) **Dichiarazione sostitutiva atto notorio** del/i professionista/i già autorizzati in altra equipe (**Modulo 3.1 allegato**);
- 5) **Fotocopia di un documento di identità di tutti** i componenti dell'equipe: totale allegati n. _____;
- 6) **Protocollo di cui al punto 9)** che descrive:
 1. le modalità con cui l'equipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione, la composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione,
 2. i costi minimi e massimi indicativi del percorso diagnostico.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Allegato 1 alla Delibera n. del

Domanda Nuova Equipe DSA

Data _____

Firma del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Equipe)

Modulistica Integrativa Nuova Equipe DSA

MODULISTICA INTEGRATIVA

(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'equipe)

In merito alla Domanda per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019) relativa all'equipe/centro DSA _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica sui DSA acquisita sul campo", ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:
Laurea in _____ in data _____ (*)
Esame di Stato _____ in data _____

*Note: *per i Medici inserire la tipologia e la data di conseguimento della specializzazione*

2. di essere iscritto all'Ordine:
 dei Medici di _____ in data _____
 degli Psicologi di _____ in data _____
 dei TSRM PSTRP – Albo dei Logopedisti di _____ in data _____

3. di essere dipendente del SSN (SI - NO
se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO
presso l'Azienda: _____

4. se non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

5. di svolgere l'attività presso:
 lo Studio Professionale sito a in Via
telefono.....indirizzo mail
con avvenuta presentazione della "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS in
data
 overo
 la Struttura Sanitaria denominata sita a in Via.....,
telefono.....indirizzo mail
in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n.

(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

6. di aver preso visione e condividere il Protocollo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e la composizione del pacchetto base adottato dall'equipe.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di autorizzazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata per l'equipe di riferimento.

Allegato 1.1 alla Delibera n. del

Modulistica Integrativa Nuova Equipe DSA

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 5) saranno pubblicati nell'elenco sul sito di ATS

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Data _____

Firma _____

FORMAZIONE TEORICA SUI DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE

(Rif Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• **di aver effettuato:**

- Formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore +** competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

- Formazione teorica sui DSA di almeno 50 ore +** competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1.500 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA

• **di aver svolto** i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

| Titolo corso/seminario/iniziative | Ente organizzatore* | Data/periodo di effettuazione | Numero ore da computare ai fini DSA** | Eventuali note |
|--|----------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data, _____

Firma _____

Note:

* si richiede di inserire i dati completi dell'Ente (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione - vedasi sito ATS

COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO CON UTENTI CON DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EUIQPE

(Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• **di aver effettuato:**

Formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore + **competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

Formazione teorica sui DSA di almeno 50 ore + **competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1.500 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA;

• **di aver svolto** i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata

| Periodo | Struttura* | Numero ore stimate ai fini DSA ** | Eventuali note |
|---------|------------|-----------------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Data _____

Firma _____

Note:

* si richiede di inserire i dati completi della Struttura (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come competenza acquisita sul campo – vedasi sito ATS _____

Allegato 2 alla Delibera n. del

Domanda Integrazione Equipe DSA già Autorizzata

All'Agenzia Tutela della Salute di _____
Dipartimento _____
Pec _____

Domanda di integrazione della composizione dell'equipe DSA già autorizzata per prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.r n.17/2019) **per l'inserimento di nuovo/i professionista/i.**

Il/La sottoscritto/a _____, telefono _____
e-mail _____ pec _____
in qualità di

- Rappresentante Legale dell'Ente (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)
- Referente dell'equipe DSA, (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

in relazione

all'equipe _____ (indicare identificativo), composta da:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n. _____
- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Neurologo/altro specialista medico Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
(solo per certificazioni di adulti)

chiede

di inserire il/i seguente/i nuovo/i professionista/i:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n. _____
- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____

solo per certificazioni di adulti:

- Neurologo/altro specialista medico
Nome cognome _____ Specialità _____
Iscrizione Ordine n. _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia di un documento di identità del richiedente** Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'Equipe DSA;

Allegato 2 alla Delibera n. del

Domanda Integrazione Equipe DSA già Autorizzata

- 2) **Curriculum Vitae** del/i **nuovo/i professionista/i non ancora autorizzato/i** (autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali): totale allegati n. _____;
- 3) **Modulistica integrativa relativa al/i professionista/i non ancora autorizzato/i (Modulo 2.1)**: totale allegati n. _____;
- 4) **Fotocopia di un documento di identità dei nuovi professionisti** totale allegati n. _____.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Data _____

Firma del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Equipe)

MODULISTICA INTEGRATIVA

(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'equipe)

In merito alla Domanda per l'integrazione della composizione dell'equipe/centro DSA _____ già autorizzata per attività di prima certificazione diagnostica DSA (ai sensi della legge n. 170/2010)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica sui DSA acquisita sul campo", ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in _____ in data _____ (*)

Esame di Stato _____ in data _____

*Note: * per i Medici inserire la tipologia e la data di conseguimento della specializzazione.*

2. di essere iscritto all'Ordine:

dei Medici di _____ in data _____

degli Psicologi di _____ in data _____

dei TSRM PSTRP – Albo dei Logopedisti di _____ in data _____

3. di essere dipendente del SSN (SI - NO)

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO)

presso l'Azienda: _____

4. se non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

5. di svolgere l'attività presso:

lo Studio Professionale sito a _____ in Via _____

telefono.....indirizzo mail

con avvenuta presentazione della "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATSin data

Owero

la Struttura Sanitaria denominata sita a in Via.....,

telefono.....indirizzo mail

in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n.

(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

6. di aver preso visione e condividere il protocollo operativo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e della composizione del pacchetto base adottato dall'equipe.

Allegato 2.1 alla Delibera n. del

Modulistica Integrativa per Modifiche Equipe DSA già Autorizzata

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di integrazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata dall'équipe di riferimento.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 5) saranno pubblicati nell'elenco sul sito di ATS

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDRP 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS di _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010

Data, _____

Firma _____

FORMAZIONE TEORICA SUI DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE

(Rif Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• **di aver effettuato:**

formazione teorica sui DSA di almeno **140 ore** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno **300 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

formazione teorica sui DSA di almeno **50 ore** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno **1.500 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA.

• **di aver svolto i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:**

| Titolo corso/seminario/iniziative | Ente organizzatore* | Data/periodo di effettuazione | Numero ore da computare ai fini DSA** | Eventuali note |
|--|----------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data _____

Firma _____

Note:

* si richiede di inserire i dati completi dell'Ente (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione – vedasi sito ATS

COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO CON UTENTI CON DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE

(Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• Di aver effettuato:

Formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore + **competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

Formazione teorica sui DSA di almeno 50 ore + **competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1.500 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA

• di aver svolto i percorsi formativi specificati nella tabella di seguito riportata:

| Periodo | Struttura* | Numero ore stimate ai fini DSA ** | Eventuali note |
|---------|------------|-----------------------------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Data _____

Firma _____

Note:

* si richiede di inserire i dati completi della Struttura (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione – vedasi sito ATS

Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

1. di essere già autorizzato all'attività di prima certificazione ai fini scolastici del Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) quale componente della equipe DSA Privata Autorizzata denominata _____ n. identificativo _____, con sede a _____ indirizzo _____ tel. _____ e-mail _____
(indicare tutte le equipe nell'ambito delle quali si svolge attività di prima certificazione DSA);

2. di confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo Professionale:

- dei Medici di _____ in data _____
Specialità *(indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA)* _____
 degli Psicologi di _____ in data _____
 dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di _____ in data _____

3. di svolgere tale attività presso:

- lo studio professionale sito a in Via
telefono.....indirizzo mail
con avvenuta presentazione della "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS
..... in data
ovvero

la Struttura Sanitaria denominata sita a in Via....., in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA Rif. n.

(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

4. di essere dipendente del SSN: SI - NO

se **SI**, dipendente SSN, di operare in regime di esclusività (SI- NO

Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati

presso l'Azienda: _____

se **NO**, non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

- di aver preso visione e condividere il protocollo operativo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione ed alla composizione del pacchetto base, adottato dall'equipe.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di integrazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata dall'équipe di riferimento.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 3) saranno pubblicati nell'elenco sul sito di ATS

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS di _____ al trattamento dei dati personali forniti e alla pubblicazione sul sito dell'Agenzia degli stessi, per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. 1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione in ogni ATS di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati a effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Luogo e data _____

Il Dichiarante

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità