All’Agenzia di tutela della Salute di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 professionista/i **già autorizzato/i in altra equipe**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 DSA Privata Autorizzata denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. identificativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

composta dai seguenti professionisti:

*Logopedista*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

*NPI*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

*Psicologo*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

*Neurologo/altro specialista medico*

*(solo per certificazione adulti)*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

**chiede**

di inserire il/i seguenti professionista/i:

Logopedista ** -** NPI ** -** Psicologo ** -** Neurologo/altro specialista medico (solo per certificazione adulti)

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara**

che il professionista già autorizzato (nome cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è: ***(\*)***

**** in integrazione ai componenti l’equipe

**** in sostituzione del componente dell’equipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall’equipe

*Nota:* ***(\*)*** *da compilare per ogni professionista da inserire*

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.

Firma del richiedente

(Rappresentante Legale Ente o Referente Equipe)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

1. **Fotocopia** in carta semplice **di un documento di identità** del richiedente Rappresentante Legale dell’Ente/Referente dell’equipe DSA
2. **Dichiarazione sostitutiva atto notorio** del/i nuovo/i professionista/i (**Modulo 3. 1)**
3. **Fotocopia** in carta semplice **di un documento di identità** del/i nuovo/i professionista/i

Totali allegati n…………