



CL 01.01.02

DELIBERAZIONE N. 312 DEL 18/04/2024

PROPOSTA N. 348 DEL 12/04/2024

OGGETTO: INDIZIONE DI 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.

PUBBLICAZIONE DAL 19/04/2024

sull'Albo Pretorio on-line dell'Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano.



CL 01.01.02

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 312 DEL 10 APR. 2024

OGGETTO: INDIZIONE DI 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 DELLA SC SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

RICHIAMATA la seguente normativa a livello nazionale:

- Legge 8 ottobre 2010 n. 170 avente ad oggetto "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico", all'art. 3 comma 1 prevede che le Regioni, nel cui territorio non sia possibile effettuare la diagnosi nell'ambito dei trattamenti specialistici erogati dal servizio Sanitario nazionale, possono prevedere che la medesima diagnosi sia effettuata da specialisti o da strutture accreditate;
- 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)" Repertorio atti n. 140 del 25.07.2012 prevede che 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, le Regioni, per garantire la necessaria tempestività, possono prevedere percorsi specifici per l'accreditamento di ulteriori soggetti privati ai fini dell'applicazione dell'art.3 comma 1 della legge 170/2010 senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

VISTA la Legge regionale n.17 del 29/10/2019 avente ad oggetto "Disposizioni in favore dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento e individuazione precoce dei segnali predittivi" che, all'art.6, prevede che la Regione garantisce nelle procedure di concorso pari opportunità ai soggetti con diagnosi di DSA certificata secondo le procedure in vigore;

RICHIAMATI i seguenti atti regionali:

- le note della Direzione Generale Sanità – Governo dei Servizi Sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo prot. H1.2013.0006315 del 21.2.2013, prot.n. H1.2013.0009534 del 25.3.2013, e le note della Direzione Generale Salute – Programmazione e governo dei Servizi sanitari prot. n. H1.2013.0014997 del 20.5.2013, prot. n. H1.2013.0021072 del 16.07.2013, prot. n. H1.2015.0010049 del 30.3.2015 e prot. n. H1.2015.0018622 del 22.6.2015;
- la nota della Direzione Generale Welfare Prot. 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)" con la quale Regione, in continuità con il lavoro teso alla omogeneizzazione degli strumenti in atto nei diversi territori, ha provveduto -in sinergia con il gruppo tecnico dei referenti DSA delle ATS - ad aggiornare la modulistica in uso;

RICHIAMATA la seguente deliberazione di ATS:

- Deliberazione n.72 del 07/02/2024 con la quale viene integrato e confermato l'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica DSA in equipe;

CONSIDERATO di voler procedere all'aggiornamento dell'elenco autorizzato con deliberazione n. 72 del 07/02/2024 e pubblicato sul sito web dell'Agenzia attraverso un nuovo avviso pubblico finalizzato alla selezione di nuove equipe o di nuovi professionisti in equipe da autorizzare allo svolgimento dell'attività in equipe di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) valida ai fini scolastici secondo la normativa sopra richiamata;

RITENUTO pertanto di approvare l'allegato 1) e relativi sub allegati, costituenti parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, recante "Avviso pubblico per la presentazione delle domande di autorizzazione all'attività 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" finalizzato alla selezione di nuove equipe o di nuovi professionisti in equipe di cui all'elenco già autorizzato con deliberazione n. del 72 del 07/02/2024 pubblicato sul sito web dell'Agenzia, da autorizzare allo svolgimento dell'attività in equipe di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) valida ai fini scolastici secondo la normativa sopra richiamata;

STABILITO di richiamare l'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nella parte in cui si prevede che il termine per la presentazione delle domande decorre dal 01/05/2024 al 31/05/2024;

STABILITO di disporre la pubblicazione del suddetto Avviso sul sito web dell'ATS Città Metropolitana di Milano;

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;

STABILITO di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990 e s.m.i.;


STABILITO di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'albo pretorio di ATS Milano e alla relativa trasmissione al Collegio Sindacale;

II DIRETTORE GENERALE

VALUTATA l'istruttoria e richiamate le motivazioni sopra formulate che qui si intendono integralmente richiamate;

SU CONFORME PROPOSTA del Direttore della SC Salute Mentale e Dipendenze che dichiara la legittimità e la regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario



DELIBERA

1. di approvare l'allegato 1) e relativi sub allegati, costituenti parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, recante "Avviso pubblico per la presentazione delle domande di autorizzazione all'attività 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" finalizzato alla selezione di nuove equipe o di nuovi professionisti in equipe di cui all'elenco già autorizzato con deliberazione n. del 72 del 07/02/2024 pubblicato sul sito web dell'Agenzia, da autorizzare allo svolgimento dell'attività in equipe di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) valida ai fini scolastici secondo la normativa sopra richiamata;
2. di richiamare l'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, nella parte in cui si prevede che il termine per la presentazione delle domande decorre dal 01/05/2024 al 31/05/2024;
3. di disporre la pubblicazione del suddetto Avviso sul sito web dell'ATS Città Metropolitana di Milano;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;
5. di dare mandato al Responsabile del Procedimento per tutti i necessari successivi adempimenti di attuazione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 6 della L. 241/1990 e s.m.i.;
6. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi del comma 6 dell'art. 17 della L.R. 33/2009 e s.m.i.;
7. di procedere alla pubblicazione del presente provvedimento all'albo pretorio di ATS Milano e alla relativa trasmissione al Collegio Sindacale.



Il Direttore Generale
Walter Bergamaschi

Parere favorevole formulato ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii e della L.R. 33/2009 e ss.mm.ii. per la formulazione delle decisioni del Direttore Generale

Il Direttore Amministrativo
Rosetta Gagliardo

Il Direttore Sanitario
Anna Lisa Funari

Il Direttore Sociosanitario
Federica Rolli

ATS della Città Metropolitana di Milano

Allegato alla Deliberazione del Direttore Generale n. 312 del 18 APR. 2024

OGGETTO: INDIZIONE DI 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.

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITÀ TECNICA

Si attesta la legittimità del presente provvedimento per quanto di competenza.

ATTRIBUZIONE AL CENTRO DI DESTINAZIONE N. P4205101

Milano, _____



Il Direttore della Struttura proponente
SC Salute Mentale e Dipendenze
Responsabile del procedimento
Dott.ssa Raffaella Ferrari

A handwritten signature in black ink, appearing to be "R. Ferrari", written over the printed name.

PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITÀ CONTABILE

Di dare atto che la copertura finanziaria e l'imputazione a bilancio degli oneri rivenienti dal presente provvedimento sussiste nell'ambito dei vincoli economici stabiliti dalla Regione Lombardia in specifica materia.

Milano, _____



Il Direttore della
SC Programmazione, bilancio, monitoraggio e rendicontazione
Matteo Tosi

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "M. Tosi", written over the printed name.



ALLEGATO 1

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 intellettivo 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

a) 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).

- b) 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.
- c) Documentato possesso, da parte di tutti i professionisti componenti l'équipe, 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.

d) 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 ore 12.00**.

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 Città Metropolitana di Milano.
- 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 Città Metropolitana di Milano: <https://www.ats-milano.it/>

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) Città Metropolitana di Milano con inoltro via PEC al
Protocollo di ATS: protocollogenerale@pec.ats-milano.it entro il termine di
scadenza dell'avviso: **31/05/2023 ORE 12.00.**

Saranno accettati solo i file trasmessi corrispondenti alle seguenti estensioni: pdf,
pdfa, jpeg e medesimi formati firmati digitalmente p7m. Gli allegati dovranno
essere inviati in modalità ZIP.

ATS Città Metropolitana di Milano 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 tutta 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 non firmati;
- 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 Città Metropolitana di Milano 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 Città Metropolitana di Milano 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: <https://www.ats-milano.it/>

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 dell'equipe autorizzata 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: protocollogenerale@pec.ats-milano.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 all'indirizzo mail: salutementaledipendenze@ats-milano.it entro la scadenza prevista da ATS Città metropolitana di Milano.

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 Città Metropolitana di Milano in qualità di titolare del trattamento.

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 + Allegato 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 per inserimento nuovo/i professionista/i in equipe già autorizzata
- ✓ modulo 2.1_modulistica integrativa + Allegato Formazione teorica sui DSA e Competenza acquisita sul campo con utenti con DSA

Per eventuali informazioni e chiarimenti:

Dipartimento Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)

SC Salute Mentale e Dipendenze

- Barbara Salari tel. 0285783307
- Domenico Stilo tel. 0285783301

o scrivere a salutementaledipendenze@ats-milano.it

Modulo 1

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

Domanda di nuova équipe 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'équipe DSA, (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati),

chiede

di iscrivere l'équipe 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'équipe 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'équipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS
- 4) che il professionista (nome e cognome) * _____

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

è componente di équipe **già autorizzata** all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____ équipe 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:

Modulo 1

- 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 _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede operativa di riferimento: _____

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Modulo 1

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.

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'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 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 ATS in
data
ovvero
 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.

Modulo 1.1)

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/iniziativa	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 _____

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 nuovi professionisti/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'equipe 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;
- 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 all/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 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 _____

Ovvero

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.

Modulo 2.1)

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 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

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/iniziativa	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

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'equipe 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 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.

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.....