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

* di essere già autorizzato all’attività di prima certificazione ai fini scolastici del Disturbo Specifico dell’Apprendimento (DSA) quale componente della

Equipe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

da ATS /ex ASL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare tutte le Equipe nell’ambito delle quali si svolge attività di prima certificazione DSA);

* di confermare il mantenimento dell’iscrizione all’Ordine/Albo Professionale:

**□** dei Medici di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** degli Psicologi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di essere dipendente del SSN: SI **□** -    NO **□**

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

presso l’Azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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;
* di operare presso la sede sita in Via/P.zza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che risulta in possesso del seguente titolo autorizzativo: SCIA/autorizzazione sanitaria/comunicazione di apertura di Studio Professionale - rif. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* 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.

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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

All.to: copia C.I.