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 Nome cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n.\_\_\_\_\_\_\_\_

*(solo per certificazioni di adulti)*

Nota: riportare la composizione dell’equipe

chiede

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

- Logopedista Nome cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n.\_\_\_\_\_\_

- NPI Nome cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Psicologo Nome cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n.\_\_\_\_\_\_\_\_

- Neurologo Nome cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n.\_\_\_\_\_\_\_\_

*(solo per certificazioni di adulti)*

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 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 GDRP 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)

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