**Allegato 3**

All’Agenzia Tutela della Salute di

ATS MONTAGNA

protocollo@pec.ats-montagna.it

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 n.……

- NPI Nome cognome…. Iscrizione Ordine n …….

- Psicologo Nome cognome…. Iscrizione Ordine n ……

Nota: riportare la composizione dell’equipe

chiede

di inserire il/i seguenti professionista/i:

- Logopedista Nome cognome…. Iscrizione Ordine n.……

- NPI Nome cognome…. Iscrizione Ordine n …….

- Psicologo Nome cognome…. Iscrizione Ordine n ……

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

* ***Curriculum Vitae*** del/i nuovo/i professionista (in formato europeo autocertificati ai sensi del D.P.R. 445/2000): totale allegati n……………
* ***Modulistica integrativa (allegato A): totale allegati n…………***
* **Fotocopia** **di un documento di identità** del richiedente e del/i nuovo/i professionista/i: 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 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 del richiedente

(Rappresentante Legale Ente o Referente Equipe)