All’Agenzia Tutela della Salute della Montagna

Dipartimento PIPSS

Pec: 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 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 della Montagna 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 di un documento di identità in corso di validità del richiedente Rappresentante Legale dell’Ente/Referente dell’equipe DSA in caso di firma autografa. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla domanda.
2. Dichiarazione sostitutiva atto notorio del/i nuovo/i professionista/i (Mod.3. 1)
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità dei nuovi componenti dell’equipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (Mod. 3.1) ad essi riferita in autografo. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione. totale allegati n.\_\_\_\_\_\_\_\_.