

**All' Agenzia Tutela della Salute
Della Val Padana**

**Oggetto: Comunicazione relativa a cancellazione Equipe
Comunicazione relativa a dimissione Professionista**

Il sottoscritto n. telefono

e-mail.....pec.....

in qualità

Legale Rappresentante Referente

dell'equipe..... autorizzata con delibera n. del.....

sita in

COMUNICA

che l'equipe ha cessato l'attività dal giorno e ne chiede la contestuale cancellazione dall'elenco delle equipe autorizzate alla prima certificazione DSA pubblicato sul sito dell'ATS Val Padana.

A tal fine dichiara di aver condiviso e dato informativa della presente a tutti i componenti dell'equipe.

che il professionista: Dott/Dott.ssa

Neuropsichiatra

Psicologo

Logopedista

Neurologo/altro specialista Medico (solo per certificazione DSA adulti)

non fa più parte dell'equipe e ne chiede la contestuale cancellazione dalla presente equipe.

Dichiara contestualmente che la composizione dell'equipe determinata a seguito della suddetta cancellazione risulta completa di tutte le figure professionali previste.

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 Val Padana 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).

Data

Firma

.....