

Modulo 1.1)

MODULISTICA INTEGRATIVA

(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'equipe)

In merito alla Domanda per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019) relativa all'equipe/centro DSA _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica sui DSA acquisita sul campo", ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in _____ in data _____ (*)

Esame di Stato _____ in data _____

*Note: * per i Medici inserire la tipologia e la data di conseguimento della specializzazione*

2. di essere iscritto all'Ordine:

dei Medici di _____ in data _____

degli Psicologi di _____ in data _____

dei TSRM PSTRP – Albo dei Logopedisti di _____ in data _____

3. di essere dipendente del SSN (SI - NO

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO

presso l'Azienda: _____

4. 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;

5. di svolgere l'attività presso:

lo Studio Professionale sito a in Via

telefono.....indirizzo mail

con avvenuta presentazione della "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS in data

ovvero

la Struttura Sanitaria denominata sita a in Via.....,

telefono.....indirizzo mail

in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n.

(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

6. di aver preso visione e condividere il Protocollo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e la composizione del pacchetto base adottato dall'equipe.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di autorizzazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata per l'equipe di riferimento.

Modulo 1.1)

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 5) saranno pubblicati nell'elenco sul sito di ATS

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 della 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), 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 _____

Modulo 1.1)

FORMAZIONE TEORICA SUI DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE

(Rif Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• **di aver effettuato:**

- Formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore +** competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

- Formazione teorica sui DSA di almeno 50 ore +** competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1.500 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA

• **di aver svolto** i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

Titolo corso/seminario/iniziativa	Ente organizzatore*	Data/periodo di effettuazione	Numero ore da computare ai fini DSA**	Eventuali note

Data, _____

Firma _____

Note:

* si richiede di inserire i dati completi dell'Ente (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione - vedasi sito ATS della Val Padana

Modulo 1.1)

COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO CON UTENTI CON DSA

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EUIQPE

(Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA

• di aver effettuato:

Formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore + **competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

Formazione teorica sui DSA di almeno 50 ore + **competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1.500 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA;

• di aver svolto i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata

Periodo	Struttura*	Numero ore stimate ai fini DSA **	Eventuali note

Data _____

Firma _____

Note:

* si richiede di inserire i dati completi della Struttura (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000

** si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come competenza acquisita sul campo – vedasi sito della ATS della Val Padana