**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 art. 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*

1. di confermare il mantenimento dell’iscrizione all’Ordine/Albo professionale:

**□** dei Medici di\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_

Specialità *(indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**□** degli Psicologi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’Albo A in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere dipendente del SSN (SI **□** - NO **□**)

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

presso l’Azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 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. che svolgerà l’attività **oggetto del presente avviso** presso:

□ lo Studio Professionale sito a …………. in Via………………………. telefono…………………indirizzo mail …………………

per il quale è stata già presentata la “Comunicazione di Inizio Attività” ad ATS …………………………. in data ……………………….

 ovvero

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

 telefono…………………indirizzo mail …………………….

già 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’équipe di riferimento.

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: [www.ats-valpadana.it](http://www.ats-valpadana.it) .

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](https://www.ats-brescia.it/en/homehttps%3A/www.ats-brescia.it/en/disturbo-specifico-dell-apprendimento-dsa-1) 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA**

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA ACQUISITA SUI DSA PER OTTENERE L’AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA QUALE COMPONENTE DELL’EQUIPE**

**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** la formazione teorica di cui al punto precedente con i corsi/seminari così come specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

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

**Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Note:

\*Per il computo delle ore previste per la formazione teorica DSA si specifica che:

* per la figura del **Neuropsichiatra dell’Infanzia e dell’Adolescenza**, avendo già acquisito l’abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPIA.
* Per la figura dello **Psicologo**, in attuazione della L. 163/2021 possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia.
* Per la figura del **Logopedista** le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/ scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio.
* Per tutte le figure l’attività di formazione effettuata in veste di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA.
* Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata.

\*\* I corsi/seminari devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini Professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa con contenuti specifici sulla tematica DSA.

Le formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate.

\*\*\* 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

\*\*\*\*Per il riconoscimento delle ore computabili come formazione, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall’Ente/Struttura in cui hanno effettuato l’attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

**COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO CON UTENTI CON DSA**

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L’AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL’EUIQPE**

**Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **DICHIARA**

* **di aver effettuato:**

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

o in alternativa

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

* **di aver svolto** l’attività sul campo così come specificata nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ente/Struttura\*\*** | **Periodo** | **Numero ore stimate ai fini DSA \*\*\*** | **Eventuali note** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Note:

\*Per il computo delle ore previste per la competenza DSA acquisita sul campo si specifica che:

* per la figura del **Neuropsichiatra dell’Infanzia e dell’Adolescenza**, avendo già acquisito l’abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo maturati durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPI dal secondo anno (L. 25 giugno 2019 n. 60, conversione in legge del cosiddetto *“Decreto Calabria*” - Decreto-legge 30 aprile 2019 n. 35, , L. 3 luglio 2023, n. 87) o successivamente.
* Per la figura dello **Psicologo** verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo svolti successivamente all’acquisizione del titolo abilitante con il conseguimento della laurea magistrale ed iscrizione all’Albo A.
* Per la figura del **Logopedista** i percorsi di competenza acquisita sul campo possono essere conteggiati solo se successivi all’acquisizione del titolo abilitante della laurea ed iscrizione all’ordine professionale.
* Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata
* Per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA.

\*\* 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

\*\*\* Per il riconoscimento delle ore, i professionisti devono disporre delle dichiarazioni redatte dall’Ente/Struttura in cui hanno effettuato l’attività sul campo, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

.

**All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 1.1. viene firmato digitalmente.**