

All'Agenzia Tutela della Salute
Della Val Padana
Dipartimento PAAPSS
Pec: protocollo@pec.ats-valpadana.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 _____, telefono _____
e-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 _____ (indicare identificativo), composta da:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n. _____
- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Neurologo/altro specialista medico Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
(solo per certificazioni di adulti)

chiede

di inserire il/i seguente/i nuovo/ii professionista/i:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n. _____
- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- solo per certificazioni di adulti:*
- Neurologo/altro specialista medico
Nome cognome _____ Specialità _____
Iscrizione Ordine n. _____

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia di un documento di identità del richiedente** Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'Equipe DSA;
- 2) **Curriculum Vitae del/i nuovo/i professionista/i non ancora autorizzato/i** (autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali): totale allegati n. _____;

Modulo 2)

- 3) **Modulistica integrativa relativa al/i professionista/i non ancora autorizzato/i (Modulo 2.1):** totale allegati n. _____;
- 4) **Fotocopia di un documento di identità dei nuovi professionisti** totale allegati n. _____.

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 del richiedente
(Rappresentante Legale Ente o Referente Equipe)
