

All'Agenzia di tutela della Salute  
della Val Padana

Pec: [protocollo@pec.ats-valpadana.it](mailto: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 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 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.

Firma del richiedente  
(Rappresentante Legale Ente o Referente Equipe)

Data \_\_\_\_\_

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) Fotocopia** in carta semplice **di un documento di identità** del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'equipe DSA
- 2) Dichiarazione sostitutiva atto notorio** del/i nuovo/i professionista/i (**Modulo 3. 1)**
- 3) Fotocopia** in carta semplice **di un documento di identità** del/i nuovo/i professionista/i

Totali allegati n.....