

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

1. di essere già autorizzato all'attività di prima certificazione ai fini scolastici del Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) quale componente della equipe DSA Privata Autorizzata denominata _____ n. identificativo _____, con sede a _____ indirizzo _____ tel. _____ e-mail _____

(indicare tutte le equipe nell'ambito delle quali si svolge attività di prima certificazione DSA);

2. 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 _____ in data _____

dei TSRM PSTRP - Albo Logopedisti di _____ in data _____

3. di svolgere tale 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....., in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA Rif. n.

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

4. di essere dipendente del SSN: SI - NO

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

presso l'Azienda: _____

Modulo 3.1)

se **NO**, 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;

- di aver preso visione e condividere il protocollo operativo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione ed alla composizione del pacchetto base, adottato dall'equipe.

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

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l'attività di cui al punto 3) 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.

Luogo e data _____

Il Dichiarante

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità