

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 Nome cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine  
n. \_\_\_\_\_  
(solo per certificazioni di adulti)

Nota: riportare la composizione dell'equipe

chiede

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

- Logopedista Nome cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine – Albo  
Logopedisti n. \_\_\_\_\_
- NPI Nome cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_
- Psicologo Nome cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine  
n. \_\_\_\_\_

- Neurologo Nome cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine  
n. \_\_\_\_\_  
(solo per certificazioni di adulti)

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. \_\_\_\_\_;
- 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)

\_\_\_\_\_