

## MODULISTICA INTEGRATIVA

**(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'equipe)**

In merito alla Domanda per l'integrazione della composizione dell'equipe/centro DSA \_\_\_\_\_ già autorizzata per attività di prima certificazione diagnostica DSA (ai sensi della legge n. 170/2010)

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICA

il contenuto della presente e dei successivi moduli "Modello 1 FORMAZIONE TEORICA SUI DSA", e "Modello 2 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 artt. 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.*

2. di essere iscritto all'Ordine:

dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

degli Psicologi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

dei TSRM PSTRP - Albo dei Logopedisti di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

3. di essere dipendente del SSN (SI  - NO 

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

presso l'Azienda: \_\_\_\_\_

4. 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.

di svolgere tale attività presso lo studio professionale sito a .....  
in Via ..... con avvenuta presentazione della  
"Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS.....

ovvero

di svolgere tale attività presso la struttura sanitaria denominata ..... sita a  
..... in Via.....

Modulo 2.1)

unicamente per gli psicologi, di rientrare nella fattispecie indicata dalla nota regionale del 17/02/2023 – rif prot n. G1.2023.29475 –;

6. di aver preso visione e condividere il protocollo operativo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e della 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'équipe di riferimento.

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** \_\_\_\_\_

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA**

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE**

(Rif Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)

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. Entrambe possono essere state acquisite anche nell'ambito del percorso di specializzazione e/o in modalità di frequentazione volontaria.

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 i percorsi formativi specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

<b>Titolo corso/seminario/iniziativa</b>	<b>Ente organizzatore*</b>	<b>Data/periodo di effettuazione</b>	<b>Numero ore da computare ai fini DSA**</b>	<b>Eventuali note</b>

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

\* 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

\*\* si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione – vedasi sito ATS

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

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'EQUIPE**

**(Nota Regionale prot. n. H1.2015.0018622 del 22.06.2015)**

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 i percorsi formativi specificati nella tabella di seguito riportata:**

<b>Periodo</b>	<b>Struttura*</b>	<b>Numero ore stimate ai fini DSA **</b>	<b>Eventuali note</b>

Modulo 2.1)

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

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

Note:

\* 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

\*\* si rimanda alle indicazioni regionali relative alle attività computabili come formazione – vedasi sito ATS