

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. _____ telefono _____, e-
mail _____ pec _____

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 _____
 degli Psicologi di _____ in data _____
 dei TSRM PSTRP – Albo Logopedisti di _____ in data _____

3. di svolgere l'attività *(barrare casella/e di interesse)*

- presso lo studio professionale sito a _____ in Via _____ con avvenuta presentazione della Comunicazione di Inizio Attività ad ATS _____;
 presso struttura sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____;
 unicamente per gli psicologi, di rientrare nella fattispecie indicata dalla nota regionale del 28/06/2023 - rif. Prot. n. G1.2023.0023945;

1. di essere dipendente del SSN: SI NO

- se **SI**, dipendente SSN, di operare in regime di esclusività SI NO
presso l'Azienda: _____

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;

Modulo 3.1)

2. 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.

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 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 dichiarante

All.: Fotocopia documento di identità