All’Agenzia Tutela della Salute di BRESCIA

Dipartimento PIPSS

[protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

**MODULO 3**

**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 équipe**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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.\_\_\_\_\_

Nota: riportare la composizione dell’equipe

chiede

di inserire il/i seguenti professionista/i:

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

- NPI Nome cognome\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n.\_\_\_\_\_

- Psicologo Nome cognome\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n.\_\_\_\_\_

Dichiara

che il professionista già autorizzato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è\*:

**** in integrazione

**** in sostituzione di un componente dell’equipe:

in caso di sostituzione dichiara:

* il nominativo del professionista uscente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall’equipe

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

* **Fotocopia** in carta semplice **di un documento di identità** del richiedente
* **Dichiarazione sostitutiva atto notorio** del/i nuovo/i professionista/i (**MODULO 3.1**) completo/i di **fotocopia** in carta semplice **di un documento di identità** del/i nuovo/i professionista/i: totali allegati n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nota: \*da compilare per ogni professionista*

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e ai sensi dell’art. 13 GDRP 679/16 “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”, il/la sottoscritto/a autorizza l’ATS di Brescia 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_