

Protocollo n. 0046314/24
del 30.04.2024

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brescia

SCADENZA
31.05.2024

AVVISO PUBBLICO

RIAPERTURA TERMINI ANNO 2024

01.5.2024 - 31.5.2024

In esecuzione del Decreto D.G. n. 241 del 29.04.2024

PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA L.170/2010 E DALLA L.R. N. 17/2019

nelle due seguenti tipologie:

A.1) NUOVA ÉQUIPE (Modulo 1)

A.2) NUOVI PROFESSIONISTI IN ÉQUIPE GIA' AUTORIZZATE (Modulo 2):

- per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate e inserite nell'elenco pubblicato sul sito di ATS

Premessa

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) rappresentano una condizione clinica evolutiva di difficoltà di apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo che si manifesta con l'inizio della scolarizzazione. Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale.

La famiglia, che rileva significative difficoltà nel percorso di apprendimento scolastico del figlio, può confrontarsi con i docenti di classe, con il referente scolastico DSA e/o con il pediatra e decidere di richiedere una valutazione clinica per accertare l'eventuale presenza di Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

Finalità

Nell'Accordo Stato Regioni del 25/07/2012 "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e nella Legge 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico", sono stati definiti i criteri qualitativi per l'individuazione dei soggetti abilitati al rilascio della prima certificazione diagnostica dei DSA.

Il presente Avviso dà attuazione ad un percorso specifico volto a garantire la diagnosi tempestiva dei DSA da parte di soggetti privati non accreditati.

La finalità del presente Avviso è la costituzione nell'ATS di un elenco aggiornato, a valore regionale, in cui vengono iscritte le équipe private, autorizzate ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento valida ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla L. 170/2010, come indicato nelle note Direzione Generale Salute del 21/11/2012 prot. n. H1.2012.0033445 e del 21/02/2013 prot. n. H1.2013.0006315 e valida a garantire pari opportunità ai soggetti con diagnosi DSA nelle procedure di concorso regionale come da Legge regionale n.17 del 29/10/2019 art. 6 sulla base della procedura prevista dal presente Avviso.

Destinatari

Enti e soggetti privati con personalità giuridica o professionisti in possesso dei requisiti richiesti per il rilascio di certificazioni utili per l'attivazione delle misure in presenza di diagnosi DSA ai sensi della Legge 8 ottobre 2010 n.170 avente ad oggetto "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico" e l'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012 "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)".

La domanda di autorizzazione da parte di nuove équipe ad effettuare attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (tipologia A) e la domanda per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate (tipologia B) devono essere presentate dal:

- Legale Rappresentante Enti/soggetti privati con personalità giuridica
 - o
- Professionista Referente dell'équipe.

Requisiti

a) Presenza di una équipe multidisciplinare costituita da:

- Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'adolescenza
- Psicologo
- Logopedista

Nel caso di valutazione e prima diagnosi a favore di soggetti adulti, la figura del neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza viene sostituita da quella del neurologo o di altro specialista medico formato in modo specifico sui DSA (rif. Consensus Conference del 2010).

b) Iscrizione all'Ordine professionale per i neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza/neurologi o altro specialista medico e gli psicologi; per i logopedisti iscrizione all'Ordine TSRM-PSTRP Albo professionale dei logopedisti.

c) Documentato possesso, da parte di tutti i professionisti componenti l'équipe, dei previsti livelli minimi di formazione teorica e competenza specifica acquisita sul campo, come di seguito precisato:

- 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.

d) Possesso di titolo autorizzativo (SCIA/autorizzazione sanitaria/comunicazione di inizio attività di Studio Professionale) per tutte le sedi di svolgimento delle attività per il rilascio delle certificazioni indicate.

Si precisa che i professionisti che prestano la loro attività **in regime di esclusività** presso strutture pubbliche **non** possono svolgere attività di prima certificazione DSA nell'ambito di équipe di cui al presente Avviso, fermo restando quanto stabilito dalla vigente normativa in materia.

Termini e modalità di presentazione della domanda

Per l'anno 2024 il periodo di presentazione delle istanze di autorizzazione di nuova équipe e per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzata è compreso tra il **01/05/2024 e il 31/05/2024**.

La richiesta va presentata utilizzando esclusivamente il *fac-simile* di domanda e i moduli allegati al presente Avviso e pubblicati sul sito di ATS.

Si raccomanda di effettuare un unico invio della domanda secondo la modalità sotto indicata.

Come da *fac-simile*, nella domanda dovranno essere indicati:

- i dati identificativi dell'équipe e la sede di riferimento, che saranno pubblicati sul sito web di ATS Brescia al link: <https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento-dsa-1>;
- la sede ove viene conservata la documentazione relativa ai componenti dell'équipe e la documentazione clinica.

Si specifica che, per la sede operativa di riferimento e nel caso in cui l'équipe non operi in un'unica sede, devono essere indicati gli indirizzi degli studi professionali ed il recapito telefonico del singolo professionista.

I requisiti autocertificati nella modulistica da allegare alla domanda devono trovare corrispondenza con quanto dichiarato nel CV.

Le domande, a pena di esclusione, dovranno essere inviate a:

Agenzia Tutela della Salute (ATS) di Brescia con inoltro via PEC all'indirizzo protocollo@pec.ats-brescia.it entro e non oltre il termine di scadenza dell'Avviso: **31/05/2024**.

ATS Brescia non si assume responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito, disguidi o altri eventi analoghi dovuti a fatto di terzi, a caso fortuito o di forza maggiore.

Istruttoria e criteri valutazione istanze

La domanda dovrà essere redatta sulla modulistica allegata al presente Avviso in modo completo e conforme.

Non saranno ritenute ammissibili le domande:

- non firmate in autografo o digitalmente;
- non conformi al testo previsto e/o presentate su modulistica non completa in tutte le parti richieste o diversa da quella indicata nel presente Avviso;
- prive di tutti i documenti richiesti da allegare;
- inviate ad indirizzo PEC diverso da quello previsto dal presente Avviso;
- pervenute al di fuori dei termini del presente Avviso;
- con Curricula Vitae privi delle seguenti dichiarazioni debitamente sottoscritte:
 1. il sottoscritto dichiara che le informazioni rese, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sono veritiere e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
 2. il sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", autorizza l'ATS Brescia al trattamento dei dati personali.

Si precisa che, in caso di documenti mancanti/incompleti relativi ai singoli professionisti, l'inammissibilità è applicata al singolo componente a cui la documentazione carente si riferisce. Laddove l'esclusione di tale componente determina l'assenza di una figura professionale obbligatoria, l'intera équipe non verrà autorizzata.

La valutazione delle domande pervenute sarà effettuata da apposita "Commissione di valutazione" nominata da ATS e istituita così come previsto dalle indicazioni regionali.

In fase istruttoria la Commissione garantirà uniformità ed omogeneità nella verifica formale e documentale delle domande e nella valutazione del possesso dei requisiti (formazione teorica e competenza acquisita sul campo)

così come dichiarati dai singoli professionisti. È facoltà della “Commissione di valutazione” richiedere documentazione integrativa ai fini della valutazione dei suddetti requisiti.

Non sarà possibile inviare documentazione successivamente alla scadenza dell'Avviso se non su specifica richiesta di integrazione da parte della Commissione preposta.

Modalità di comunicazione degli esiti della valutazione

A conclusione dell'iter valutativo da parte della Commissione preposta, ATS, con specifico atto deliberativo, provvederà ad aggiornare l'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (inserimento nuove équipes, inserimento di nuovi professionisti in équipes già autorizzate), con successiva pubblicazione sul sito web dell'Agenzia al seguente link: <https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento-dsa-1>

L'elenco delle équipes autorizzate ha validità su tutto il territorio regionale.

Nei casi di non autorizzazione dell'équipe ovvero di esclusione dei singoli componenti dell'équipe, ATS provvederà - tramite PEC - a comunicare al Legale Rappresentante/Referente dell'équipe l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione preposta.

Flusso Informativo

Il Legale Rappresentante/Referente delle équipes autorizzate è tenuto a verificare direttamente la correttezza e completezza dei riferimenti pubblicati e a segnalare eventuali errori o inesattezze ad ATS.

Eventuali variazioni nella composizione delle équipes autorizzate (inserimenti di professionisti già autorizzati, dimissioni, ecc.) e/o nei riferimenti delle stesse (sede operativa dell'équipe e/o di ciascun professionista, recapiti telefonici, ecc.) dovranno essere comunicati entro 30 gg. dalla data della variazione utilizzando la modulistica presente sul sito di ATS all'indirizzo PEC protocollo@pec.ats-brescia.it.

Il Legale rappresentante/Referente dell'équipe autorizzata è tenuto a trasmettere annualmente i dati di monitoraggio richiesti dalla Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia sull'attività svolta, mediante la compilazione di specifica scheda di monitoraggio dati inviata da ATS e la conseguente restituzione della scheda compilata all'indirizzo PEC protocollo@pec.ats-brescia.it entro la scadenza prevista.

Si sottolinea che il monitoraggio dell'attività di prima certificazione diagnostica DSA costituisce un'importante rilevazione ai fini dell'aggiornamento della mappa regionale del bisogno e dell'offerta utile ai fini programmatori.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. 101/2018, si informa che i dati personali forniti dai richiedenti sono trattati da ATS Brescia in qualità di titolare del trattamento. L'informativa completa è pubblicata sul sito www.ats-brescia.it.

I dati personali sono utilizzati da ATS per le sole finalità individuate dalle Note Regionali del 21.02.2013 (prot. n. H1.2013.0006315) e del 25.03.2013 (prot. n. H1.2013.0009534), ovvero per la costituzione di elenchi, a valore regionale, in cui vengano iscritti i soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento secondo quanto previsto dalla L. 170/2010.

Allegati

La documentazione prevista dal presente Avviso e ad esso allegata è costituita da:

A.1) DOMANDA NUOVA ÉQUIPE:

- ✓ **Modulo 1** Domanda di nuova équipe DSA
- ✓ **Modulo 1.1** Modulistica integrativa + Allegato Formazione teorica sui DSA e Allegato Competenza acquisita sul campo sui DSA
- ✓ **Modulo 3.1** Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati

A.2) DOMANDA NUOVI PROFESSIONISTI IN ÉQUIPE GIA' AUTORIZZATE:

- ✓ **Modulo 2** Domanda integrazione composizione équipe per inserimento nuovo/i professionista/in équipe già autorizzata
- ✓ **Modulo 2.1** Modulistica integrativa + Allegato Formazione teorica sui DSA e Allegato Competenza acquisita sul campo sui DSA

Per eventuali informazioni e chiarimenti

@ famiglia@ats-brescia.it

☎ 030/3839061 030/3839045

🌐 sito web ATS Brescia sezione Operatori

Firmato digitalmente
IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Claudio Vito Sileo

All'Agenzia Tutela della Salute di BRESCIA
Dipartimento PIPSS
Pec protocollo@pec.ats-brescia.it

Domanda di nuova équipe DSA per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019)

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'équipe DSA, (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati),

CHIEDE

di iscrivere l'équipe di seguito riportata all'elenco dei soggetti autorizzati alla prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 25 luglio 2012 "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e dalla L. 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico".

A TAL FINE DICHIARA

1) di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000;

2) che dell'équipe multidisciplinare fanno parte i seguenti professionisti:

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine – Albo Logopedisti n _____

- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____

- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n _____

Solo per certificazione di adulti:

- Neurologo/altro specialista medico

Nome cognome _____ Specialità: _____

Iscrizione Ordine n _____

3) che l'équipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS di _____

4) che il professionista (nome e cognome) * _____

è componente di altra **nuova** équipe che ha contestualmente presentato istanza di autorizzazione all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____;

è componente di équipe **già autorizzata** all'attività di prima certificazione presso l'ATS di _____ équipe n. _____ denominazione _____

* parte da compilare per ogni professionista interessato

- 5) di impegnarsi a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:
 - alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione, alla adeguata misurazione delle competenze cognitive, alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;
 - alla formulazione della relazione diagnostica in modo che essa contenga gli elementi necessari per poter verificare l'esistenza dei criteri previsti per la diagnosi di DSA;
 - alla multidisciplinarietà;
- 6) di impegnarsi ad utilizzare il modulo trasmesso con nota della Direzione Generale Salute del 22.06.2015 (protocollo n.H1.2015.0018622) "*Attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)*", riportando sullo stesso, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale del neuropsichiatra infantile o psicologo referente che lo firma, anche i nominativi ed il rispettivo numero di iscrizione all'Ordine Professionale di tutte le figure professionali che compongono l'équipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;
- 7) di impegnarsi ad utilizzare la scheda di aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA trasmessa con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094 dalla Direzione Generale Welfare;
- 8) di impegnarsi ad informare gli utenti e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione, come indicato nelle "Linee Guida esplicative del percorso di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento per la scuola, per le famiglie e per i professionisti" trasmesse dalla Direzione Generale Welfare con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094;
- 9) di allegare il Protocollo descrittivo delle modalità con cui l'équipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione nonché della composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione, compresi i costi minimi e massimi riferiti al percorso, garantendone la trasmissione ad ATS in caso di variazioni;
- 10) di impegnarsi a informare ATS di ogni variazione, con le modalità previste, e di fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS, i dati che questa richiederà nell'ambito del flusso informativo concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Di seguito si indicano i **dati identificativi dell'équipe** da pubblicare sul sito dell'ATS:

Équipe/centro DSA:

nome identificativo dell'équipe/centro DSA _____

Referente dell'équipe

nome e cognome _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede in cui viene conservata la documentazione clinica e relativa all'équipe:

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____

indirizzo pec _____

Sede operativa di riferimento: _____

via _____ n. civico _____

località _____

telefono _____

indirizzo mail _____
 indirizzo pec _____

Nel caso in cui l'équipe **non operi in un'unica sede** ed i componenti che ne fanno parte lavorino presso propri studi professionali, indicare i dati relativi alle singole sedi:

nome e cognome del professionista _____
 via _____ n. civico _____ località _____
 telefono _____ indirizzo mail _____

** parte da compilare per ogni professionista interessato*

Allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia di un documento di identità** del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'équipe DSA;
- 2) **Curriculum Vitae** dei singoli componenti dell'équipe non ancora autorizzati (**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 ai componenti dell'équipe non ancora autorizzati (Modulo 1.1)**: totale allegati n. _____;
- 4) **Dichiarazione sostitutiva atto notorio** del/i professionista/i già autorizzati in altra équipe (**Modulo 3.1**): totale allegati n. _____;
- 5) **Fotocopia di un documento di identità di tutti** i componenti dell'équipe: totale allegati n. _____;
- 6) **Protocollo di cui al punto 9)** che descrive:
 1. le **modalità** con cui l'équipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione, la composizione del **pacchetto base** di prestazioni erogate ai fini della certificazione;
 2. i **costi minimi e massimi** del percorso diagnostico.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", il/la sottoscritto/a autorizza l'ATS 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. H1.2013.0006315) 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 Équipe)

MODULISTICA INTEGRATIVA

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

In merito alla Domanda per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della legge n. 170/2010 e L.R. n.17/2019) relativa all'équipe/centro DSA _____

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ Residente a _____

in via _____ Prov. _____

cell. _____ e-mail _____ pec _____

AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica sui DSA acquisita sul campo", ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 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 l'attività presso:

lo Studio Professionale sito a _____ in Via _____ Telefono _____ indirizzo mail _____ con avvenuta presentazione della "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS di _____ in data _____
ovvero

la Struttura Sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____, telefono _____ indirizzo mail _____ in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. _____

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

6. di aver preso visione e condividere il Protocollo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e la composizione del pacchetto base adottato dall'équipe.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di autorizzazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata per l'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 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. H1.2013.0006315) 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'ÉQUIPE

(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.

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:

Titolo corso/seminario/iniziativa	Ente organizzatore*	Data/periodo di effettuazione	Numero ore da computare ai fini DSA**	Eventuali note
Digita qui il testo				

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 Brescia

COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO 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'ÉQUIPE
 (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 nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata

Periodo	Struttura*	Numero ore stimate ai fini DSA **	Eventuali note

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 competenza acquisita sul campo - vedasi sito ATS Brescia

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

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

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso
di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi,

DICHIARA

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

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;

5. 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'équipe.

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 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. H1.2013.0006315) 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

All'Agencia Tutela della Salute di Brescia
Dipartimento PIPSS
Pec protocollo@pec.ats-brescia.it

Domanda di integrazione della composizione dell'équipe 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'équipe DSA, (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

IN RELAZIONE

all'équipe _____ (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/altro specialista medico Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
(solo per certificazioni di adulti)

CHIEDE

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

- Logopedista Nome cognome _____ Iscrizione Ordine - Albo Logopedisti n. _____
- NPI Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Psicologo Nome cognome _____ Iscrizione Ordine n. _____
- Neurologo/altro specialista medico
Nome cognome _____ Specialità _____ 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'Équipe 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 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. H1.2013.0006315) 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 Équipe)

MODULISTICA INTEGRATIVA

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

In merito alla Domanda per l'integrazione della composizione dell'équipe/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 del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica acquisita sul campo sui DSA", ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 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 l'attività presso:

lo Studio Professionale sito a _____ in Via _____

Telefono _____ indirizzo mail _____

con avvenuta presentazione della "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS Brescia in

data _____

Ovvero

la Struttura Sanitaria denominata _____ sita a _____ in Via _____,

telefono _____ indirizzo mail _____ in possesso di autorizzazione

sanitaria/SCIA rif. n. _____

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

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'équipe.

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 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. H1.2013.0006315) 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'ÉQUIPE
(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.

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:**

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

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 Brescia

COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO 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'ÉQUIPE

(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:

Periodo	Struttura*	Numero ore stimate ai fini DSA **	Eventuali note

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 competenza acquisita sul campo - vedasi sito ATS Brescia