**MODULISTICA DA COMPILARSI A CURA DI CIASCUN COMPONENTE DELL’EQUIPE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA DI INTEGRAZIONE/NUOVA EQUIPE**

Ad integrazione della richiesta su modello regionale inoltrata al fine dell’inserimento negli elenchi dei certificatori DSA

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

DICHIARA

* di essere dipendente del SSN                     **SI** □ -   **NO** □

*(se* ***SI****)* di operare in regime di esclusività **SI** □ -    **NO** □

presso l’Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente l’eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, in regime di esclusività.

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.

Allega seguenti documenti debitamente compilati e firmati *(in formato .pdf)*

* Allegato 1 (Formazione)
* Allegato 2 (Esperienza Lavorativa).

Il/La sottoscritto/a prende atto che ogni comunicazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata dall’Equipe di riferimento.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 1**

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA**

Al fine di rendere possibile la procedura di valutazione della commissione che esamina i curricula, la preghiamo di autocertificare la frequenza a corsi e seminari specifici *(solo quelli che concorrono al raggiungimento delle ore richieste: 50 ore o 140 ore)* inserendo i dati nella tabella sotto riportata.

**NOME E COGNOME professionista**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a all’albo degli psicologi/dei medici/dei logopedisti dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_

Data conseguimento Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per medici e psicologi data Esame di Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Per quanto concerne l’attività lavorativa specifica nell’ambito dei DSA, il/la sottoscritto/a autocertifica di:**

□ **aver svolto 140 ore**

□ **aver svolto 50 ore**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titolo corso/seminario/attività*****(Nel caso di corso on-line specificare.******In caso di titolo del corso che non rimanda immediatamente ai DSA, precisare/allegare programma del corso)*** | **Ente organizzatore** | **Data/periodo di effettuazione** | **Numero ore da computare ai fini DSA** | **Note** ***(Facoltative)*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **Totale ore** |  |  |

Per ulteriori specifiche consultare le Note Regionali relativealle attività computabili come formazione che sono pubblicate sul sito di ATS-Brescia (<https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento-dsa-1>).

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ALLEGATO 2**

**ESPERIENZA LAVORATIVA DSA**

Al fine di rendere possibile la procedura di valutazione della commissione che esamina i curricula, la preghiamo di autocertificare l’esperienza lavorativa inerente i DSA (solo quella che concorre al raggiungimento delle ore richieste: 300 ore o 1.500 ore) inserendo i dati nella tabella sotto riportata.

**NOME E COGNOME professionista**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto/a all’albo degli psicologi/dei medici/dei logopedisti dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_

Data conseguimento Laurea \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per medici e psicologi data Esame di Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Per quanto concerne l’attività lavorativa specifica nell’ambito dei DSA, il/la sottoscritto/a autocertifica di:**

□ **aver svolto 300 ore**

□ **aver svolto 1.500 ore**

**come sotto dettagliato:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Periodo** | **Struttura** | **Numero ore da computare ai fini DSA** ***(In caso di esperienza lavorativa che non rimanda direttamente ad attività inerente i DSA, specificare dettagliatamente le ore “dedicate” esclusivamente a tale finalità)*** | **Note*****(Facoltative)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Totale ore** |  |  |

Per ulteriori specifiche consultare le Note Regionali relativealle attività computabili come formazione che sono pubblicate sul sito di ATS-Brescia (<https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento-dsa-1>).

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_