All’Agenzia Tutela della Salute di Brescia

Dipartimento PIPSS

Viale Duca degli Abruzzi n.15

25124 BRESCIA

Oggetto: **Domanda per Integrazione equipe DSA** già inserita nell’elenco soggetti autorizzati ad effettuare attività di certificazione di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di

****Rappresentante Legale dell’Ente per l’Equipe DSA *(in caso la richiesta sia presentata da un Ente)*

****Referente dell’Equipe DSA, *(in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l’equipe o professionisti associati),*

già iscritta nell’elenco dei soggetti autorizzati alla prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento, secondo quanto previsto dall’Accordo Stato Regioni del 25 Luglio 2012 su “Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)” e dalla L. 170/2010

**Chiede**

di integrare i componenti dell’Equipe DSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(specificare nome identificativo Equipe e numero)* della quale fanno già parte:

- Logopedista

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- NPI

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Psicologo/a

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 con il/i seguente/i professionisti **non ancora autorizzati** in altra Equipe DSA:

- Logopedista

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- NPI

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Psicologo/a

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui si allega

- *Curricula Vitae* in formato europeo autocertificati ai sensi del D.P.R. 445/2000;

*- Copia carta d’identità*;

- *Modulo Integrativo e All. 1 e 2*

A tal fine dichiara:

• che quando contenuto nel *Curriculum Vitae* e nei *Moduli Integrativi e All. 1 e 2* allegati corrispondono al vero;

• 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 nell’art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;

• che l’equipe multidisciplinare opera principalmente nel territorio della ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

• che si impegna a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA e successivi aggiornamenti, 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;

• che si impegna ad utilizzare il modulo trasmesso con nota della Direzione Generale Sanità del 21.11.2012 prot. n. 33445 *“Certificazione di Disturbo Specifico dell’Apprendimento”* 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 delle altre figure professionali che compongono l’equipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;

• che si impegna ad utilizzare la scheda di aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazione di intervento in presenza di DSA trasmessa con nota del 23.12.2015 prot. n. G1.2015.0022094 da Direzione Generale Welfare;

• che si impegna a 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;

• che si impegna a fornire alla ATS di Brescia autorizzante, i dati che questa richiederà nell’ambito del flusso informativo concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Conferma che i **dati identificativi dell'Equipe** da pubblicare nell'elenco posto sul sito dell'ATS di Brescia sono i seguenti:

* nome identificativo dell'equipe/centro DSA autorizzato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* sede di riferimento:

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

località\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di rappresentante Legale dell’Ente (nel caso di presentazione della domanda da parte del Legale rappresentante di un Ente) o di Referente dell’Equipe, indica i dati identificativi del Referente :

 nome e cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 indirizzo p.e.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

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

Si allegano:

* 1) Protocollo dell’Equipe Aggiornato, relativo al percorso diagnostico con i costi *minimi* e *massimi* dell’intero percorso

 e

* 2) Curriculum Vitae
* 3) Copia carta d’identità
* 4) Modulo Integrativo e All. 1 e 2

dei seguenti professionisti

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

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