All’Agenzia Tutela della Salute di Brescia

Dipartimento PIPSS

Viale Duca degli Abruzzi n.15

25124 BRESCIA

Oggetto: **Domanda per Nuova Equipe DSA** per l’inserimento nell’elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di certificazione di DSA (ai sensi della L. n. 170/2010)

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’equipe o professionisti associati),*

**chiede**

di poter essere iscritto/a all’elenco dei soggetti autorizzati alla prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento valida ai fini scolastici, 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.

A tal fine dichiara:

• che le dichiarazioni contenute nel Curricula Vitae, nel Modulo Integrativo e nei All. 1 e 2 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 dell’equipe multidisciplinare fanno parte i seguenti professionisti:

- Logopedista

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- NPI

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Psicologo

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui allega

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

*- Copia carta d’identità*;

- *Moduli Integrativi e All. 1 e 2*

• che l’quipe multidisciplinare intende operare principalmente nel territorio della ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

• che l’equipe o i professionisti (specificare nome e cognome del professionista)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che ne fanno parte, ha/hanno contestualmente presentato istanza di autorizzazione all’attività di prima certificazione anche presso l’ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ riferimenti autorizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

• che l’equipe o i professionisti (specificare nome e cognome del professionista)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che ne fanno parte, è/sono in precedenza stata/i autorizzata/i all’attività di prima certificazione anche presso l’ATS di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ riferimenti autorizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

• 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.

Indica di seguito i **dati identificativi dell'Equipe** da pubblicare nell'elenco posto sul sito dell'ATS di Brescia:

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

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

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

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

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

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

Alla presente domanda allega il **Protocollo dell’Equipe** che descrive:

1. le modalità con cui l’equipe 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* dell’intero percorso diagnostico.

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 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

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

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

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