All’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Pec: [protocollo@](mailto: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 Legge Regionale 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)

**Letto e preso atto di quanto contenuto nell’Avviso per l’anno 2025**

**approvato da ATS in relazione**

all’Équipe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare nome e identificativo), composta da:

**Logopedista**

Nome Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n.\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**Neuropsichiatra dell’Infanzia e dell’Adolescenza**

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n. \_\_\_\_del gg/mm/aaaa

**Psicologo**

Nome Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione all’Albo A Ordine professionale n.\_\_\_ del gg/mm/aaaa

solo per certificazioni di adulti:

**Neurologo/altro specialista Medico**

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n.\_\_\_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**CHIEDE**

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

*(è possibile inserire più nominativi per la stessa professione)*

* **Logopedista** Nome Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione all’Albo dell’Ordine professionale n.\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**** in integrazione ai componenti l’équipe

**** in sostituzione del componente dell’équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall’équipe

* **Neuropsichiatra dell’infanzia e dell’Adolescenza:** Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n.\_\_\_\_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa
  + in integrazione ai componenti l’équipe
  + in sostituzione del componente dell’équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall’équipe
* **Psicologo** Nome cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione all’Albo A Ordine professionale n.\_\_\_\_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa
  + in integrazione ai componenti l’équipe
  + in sostituzione del componente dell’équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall’équipe

**solo per certificazioni di adulti:**

* **Neurologo/altro specialista Medico** Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n.\_\_\_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa
  + in integrazione ai componenti l’équipe
  + in sostituzione del componente dell’équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall’équipe

Allega alla presente domanda - come parte integrante della stessa - i seguenti documenti:

1. **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità del richiedente Rappresentante Legale dell’Ente/Referente dell’équipe DSA in caso di firma autografa. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla domanda.
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 ai componenti dell’équipe non ancora autorizzati (Modulo 2.1. allegato): totale allegati n.\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità dei nuovi componenti dell’équipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (CV, Mod. 2.1,) ad essi riferita in autografo. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione. totale allegati n.\_\_\_\_\_\_\_\_;

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 e ai sensi dell’art. 13 GDRP 679/16 “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”, il/la sottoscritto/a autorizza 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 prot. n. H1.2013.0006315 del 21.02.2013 e prot. n. H1.2013.0009534 del 25.03.2013, 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 Legge n.170/2010 e dalla Legge Regionale n.17/2019.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

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