DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

1. di essere già autorizzato all’attività di prima certificazione diagnostica 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 équipe nell’ambito delle quali si svolge attività di prima certificazione DSA);*

1. 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ all’Albo A in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠄀dei TSRM PSTRP - Albo Logopedisti di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. che svolgerà l’attività oggetto della presente richiesta presso:

󠄀 lo Studio Professionale sito a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il quale è stata già presentata la “Comunicazione di Inizio Attività” ad ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero

󠄀 la Struttura Sanitaria denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sita a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. 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;

1. 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 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Dichiarante

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

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 3.1. viene firmato digitalmente.