All’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Pec: [protocollo@pec.ats-brescia.it](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 della Legge Regionale n. 17/2019) per l’inserimento di professionista/i già autorizzato/i in altra équipe**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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),

**in relazione**

all’équipe DSA Privata Autorizzata denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. identificativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

composta dai seguenti professionisti:

*Logopedista*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

*NPI*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

*Psicologo*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

*Neurologo/altro specialista medico*

*(solo per certificazione adulti)*

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede di lavoro:

**chiede**

di inserire il/i seguenti professionista/i:

**** Logopedista Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**** NPIANome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**** PsicologoNome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**** Neurologo/altro specialista medico *(solo per certificazione adulti)* Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara**

che il professionista già autorizzato (nome cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è: ***(\*)***

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

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

*Nota:* ***(\*)*** *da compilare per ogni professionista da inserire*

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.

Firma del richiedente

(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

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

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

Allega alla presente domanda 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. Dichiarazione sostitutiva atto notorio del/i nuovo/i professionista/i (Mod.3. 1)
3. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità dei nuovi componenti dell’équipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (Mod. 3.1) ad essi riferita in autografo. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione. Totale allegati n.\_\_\_\_\_\_\_\_.