All’Agenzia di Tutela della Salute di Brescia

Pec: protocollo@pec.ats-brescia.it

**Domanda di équipe DSA di nuova costituzione per l’inserimento nell’elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e della Legge Regionale n. 17/2019)**

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**

**CHIEDE**

di autorizzare l’équipe di seguito riportata ai fini dell’iscrizione nell’elenco dei soggetti autorizzati alla prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell’Apprendimento, secondo quanto previsto dall’Accordo Stato Regioni del 25.07.2012 su “Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)” e dalla Legge n. 170/2010 “Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico”.

A tal fine dichiara:

1. 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 dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;
2. che dell’équipe multidisciplinare faranno parte i seguenti professionisti:

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

**Logopedista**

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

**Neuropsichiatra dell’infanzia e dell’adolescenza**

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

**Psicologo**

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

solo per certificazioni di adulti:

**Neurologo/altro specialista Medico**

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

1. che l’équipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. che il professionista (nome e cognome) *\**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* parte da compilare per ogni professionista interessato*

* è componente di altraéquipe di **nuova** costituzione che ha contestualmente presentato istanza di autorizzazione all’attività di prima certificazione presso l’ATS di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* è componente di équipe **già autorizzata** all’attività di prima certificazione presso l’ATS di\_\_\_\_\_\_\_\_\_ équipe n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. di impegnarsi a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, 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;
2. di impegnarsi ad utilizzare il modulo “Aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA”, trasmesso con nota regionale prot. n. G1.2025.0015002 del 10.04.2025 “Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) - Aggiornamento modulistica”. Nello stesso va riportato, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all’Ordine professionale del Neuropsichiatra dell’Infanzia e dell’Adolescenza o Psicologo referente che lo firma, anche i nominativi ed il rispettivo numero di iscrizione all’Ordine professionale di tutte le figure professionali che compongono l’équipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;
3. di impegnarsi ad 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 con nota prot. n. G1.2015.0022094 del 23.12.2015;
4. di allegare il Protocollo descrittivo delle modalità con cui l’équipe collabora nell’effettuare il percorso diagnostico e l’attività di prima certificazione nonché della composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione, compresi i costi minimi e massimi riferiti al percorso, garantendone la trasmissione ad ATS in caso di variazioni;
5. di impegnarsi a trasmettere ad ATS:
* ogni variazione in riferimento all’équipe utilizzando il Modello “*Comunicazione variazioni équipe*” disponibile sul sito;
* fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS i dati relativi al flusso informativo concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Di seguito si indicano i **dati identificativi dell'équipe**:

Équipe/centro DSA:

nome identificativo dell'équipe/centro DSA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referente dell’équipe

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

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

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

indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede in cui viene conservata la documentazione clinica e relativa all’équipe:

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

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

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

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

indirizzo pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede operativa di riferimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

indirizzo pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se la sede operativa dell’équipe di nuova costituzione non è unica, riportare i dati riferiti alle sedi degli studi professionali/strutture sanitarie in cui operano i singoli professionisti.

Professionista:

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

Studio Professionale/Struttura Sanitaria:

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

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

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

indirizzo pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da compilarsi per ogni singola professionista che non opera presso la sede operativa di rifermento dell’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** dei singoli componenti dell'équipe non ancora autorizzati (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 1.1. allegato): totale allegati n.\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. **Dichiarazione sostitutiva** atto notorio del/i professionista/i già autorizzato/i in altra équipe (Modulo 3.1 allegato);
5. **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità di tutti i componenti dell’équipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (CV, Mod. 1.1., Mod. 2.1, Mod. 3.1) ad essi riferita in autografo. Il documento non è richiesto se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione: totale allegati n.\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. **Protocollo** di cui al punto 9) come dettagliato.

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)

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