All’Agenzia Tutela della Salute \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pec: [protocollo@pec.ats-insubria.it](mailto:protocollo@pec.ats-insubria.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 L.r 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 n.\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

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

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

**Psicologo**

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

solo per certificazioni di adulti:

**Neurologo/altro specialista Medico**

Nome Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine 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 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 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 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 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. **Modulo 2.1;**
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. **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità del richiedente Rappresentante Legale dell’Ente/Referente dell’equipe DSA in caso di firma autografa. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla domanda.
4. Fotocopia di un documento di identità in corso di validità dei nuovi componenti dell’equipe, 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 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 Insubria 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 Équipe)

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