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 ai fini scolastici del Disturbo Specifico dell’Apprendimento (DSA) quale componente della equipe DSA Privata Autorizzata denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. identificativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(indicare tutte le equipe 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

󠄀degli Psicologi di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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



󠄀 di svolgere tale attività presso lo studio professionale sito a ……………………………….in Via ………………………………………… con avvenuta presentazione della “Comunicazione di inizio Attività” ad ATS …………..

ovvero

󠄀 di svolgere tale attività presso la struttura sanitaria denominata ……………………….. sita a …………………………. in Via……………………………...

󠄀 unicamente per gli psicologi, di rientrare nella fattispecie indicata dalla nota regionale del 17/02/2023 – rif prot n. G1.2023.29475 –;

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;

* 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’equipe.

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 di ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.

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

Il Dichiarante

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

All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità