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

Specialità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. che di svolgere tale attività presso (***indicare sede presso la quale si intende svolgere attività per l’equipe proponente*):**

lo studio professionale sito a …………. in Via ……………………….

telefono…………………indirizzo mail …………………

con avvenuta presentazione della “Comunicazione di Inizio Attività” ad ATS …………………. in data …………………….

***ovvero***

la Struttura Sanitaria denominata …………… sita a ……. in Via………, 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;

* 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.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di integrazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata dall’équipe di riferimento.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede in cui svolge l’attività di cui al punto 3) saranno pubblicati nell’elenco sul sito di ATS

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