

**Al Direttore Generale
dell'ASL _____**

Oggetto: DOMANDA DI ISCRIZIONE DA PARTE DI ÉQUIPE DI LIBERI PROFESSIONISTI E SOCIETÀ/ASSOCIAZIONI TRA PROFESSIONISTI all'elenco della Regione Lazio dei soggetti privati che possono rilasciare Certificazioni di Disturbo Specifico dell'Apprendimento previsto dall'Allegato E della DGR 32/2020 e dalla nota n. 666990 del 27/07/2020 (circolare integrativa)

Tipologia del Soggetto richiedente (indicare la forma giuridica):

- Equipe di Liberi professionisti¹
- Società Tra Professionisti (STP)²
- Associazione Tra Professionisti³

Denominazione del Soggetto richiedente⁴: _____;

composta come di seguito indicato:

| PSICOLOGO | | | |
|--|----------------|-------|-------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato/a a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Indirizzo | | | N. |
| Codice fiscale | | | |
| Iscritto all'Albo dell'Ordine degli Psicologi | della Regione: | | |
| | al nr.: | | |
| In possesso dei requisiti richiesti dalla DGR 32/2020 Allegato E, attestati dalla dichiarazione di cui al Modello A.1 parte integrante della presente domanda | | | |

¹ L'Equipe di Liberi Professionisti non necessita di un atto costitutivo. I professionisti coinvolti stabiliscono solamente una denominazione (il nome dell'Equipe) nel momento in cui presentano la domanda senza la necessità di ulteriori adempimenti.

² Regularmente costituita con atto costitutivo e statuto. Presuppone la relativa iscrizione della Società Tra Professionisti (STP) all'Albo dell'Ordine di riferimento in ossequio all'art. 10 della Legge n. 183 del 2011 e successive modifiche e del D.M. 34 del 2013.

³ Regularmente costituita con atto costitutivo. Rientrano in questa fattispecie anche gli Studi Associati.

⁴ La denominazione verrà utilizzata per la gestione dell'elenco e la relativa pubblicazione. Nel caso in cui il Soggetto richiedente sia costituito da un'Equipe di Liberi Professionisti è necessario stabilire una denominazione. Nel caso in cui il soggetto richiedente sia costituito in forma di Società Tra Professionisti (STP) la denominazione deve corrispondere alla ragione sociale. Nel caso in cui il Soggetto richiedente sia costituito da una Associazione Tra Professionisti la denominazione deve corrispondere alla denominazione dell'Associazione.

| NEUROPSICHIATRA INFANTILE | | | |
|--|---------------------|-------|-------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato/a a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Indirizzo | | | N. |
| Codice fiscale | | | |
| Iscritto dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri | della Provincia di: | | |
| | al nr.: | | |
| In possesso dei requisiti richiesti dalla DGR 32/2020 Allegato E, attestati dalla dichiarazione di cui al Modello A.2 parte integrante della presente domanda | | | |

| LOGOPEDISTA | | | |
|--|--------------------------|-------|-------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato/a a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Indirizzo | | | N. |
| Codice fiscale | | | |
| Iscritto all'Albo dell'Ordine TSRM PSTRP | della Regione/Provincia: | | |
| | al nr.: | | |
| In possesso dei requisiti richiesti dalla DGR 32/2020 Allegato E, attestati dalla dichiarazione di cui al Modello A.3 parte integrante della presente domanda | | | |

Altre figure professionali sanitarie

| TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA | | | |
|--|--------------------------|-------|-------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato/a a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Indirizzo | | | N. |
| Codice fiscale | | | |
| Iscritto all'Albo dell'Ordine TSRM PSTRP | della Regione/Provincia: | | |
| | al nr.: | | |
| In possesso dei requisiti richiesti dalla DGR 32/2020 Allegato E, attestati dalla dichiarazione di cui al Modello A.4 parte integrante della presente domanda | | | |

Nel caso in cui i soggetti richiedenti siano in numero maggiore si prega di inserire gli ulteriori riquadri necessari e compilare i dati per ciascun professionista aggiunto.

CHIEDE

- di essere inserita nell'elenco dei Soggetti privati che possono rilasciare la Certificazione per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento di cui all'**Allegato E** "*Soggetti privati che possono rilasciare la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di Apprendimento*" della **DGR 32/2020** "*Approvazione Schema di Protocollo d'intesa tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale - MIUR del Lazio per la definizione del percorso di individuazione precoce delle difficoltà di apprendimento, di diagnosi e di certificazione dei disturbi specifici di apprendimento (DSA), in ambito scolastico e clinico, del modello di certificazione sanitaria per i DSA. Approvazione Linee guida per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA)*";

DICHIARA

- di avere la capacità di operare nel rispetto delle "*Linee guida per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) nella Regione Lazio*", di cui all'Allegato D alla citata DGR 32/2020 (Modelli A1, A2, A3, ed eventuale A4) che sono parti integranti della presente domanda);

- che il luogo della **sede** scelta è il seguente:

| | | |
|------------------------------|---|-------|
| Indirizzo | | n. |
| Città | . | Prov. |
| Telefono | | |
| Mail | | |
| PEC ⁵ | | |
| Sito internet (ove presente) | | |

- di essere consapevole che il mancato rispetto di quanto previsto nell'**allegato D** "*Linee guida per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) nella Regione Lazio ai sensi della legge 8 ottobre 2010, n. 170*" della **DGR 32/2020** comporta l'immediata esclusione dall'elenco con determinazione dirigenziale;

- di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;

- di essere a conoscenza dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 relativo alle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità.

⁵ che può essere del coordinatore / rappresentante legale

NOMINA

- un **Coordinatore**, con funzione di referente per i rapporti con l'amministrazione e interfaccia per gli adempimenti amministrativi, compresi quelli inerenti alla comunicazione di modifiche all'équipe, il monitoraggio e il mantenimento dei requisiti nel tempo, nella persona di:

| Coordinatore | |
|---------------------|--|
| COGNOME | |
| NOME | |
| Telefono | |
| Cellulare | |
| Mail | |
| PEC | |

SI IMPEGNA

- a rispettare quanto indicato nelle *“Linee guida per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) nella Regione Lazio”*, di cui all'Allegato D alla citata DGR 32/2020;

- a garantire l'**aggiornamento delle competenze** dei singoli professionisti con la partecipazione a convegni o corsi come relatore o partecipante per almeno 75 crediti ECM (o 9 crediti CFU) nel triennio formativo nell'ambito dei disturbi neuropsicologici dell'età evolutiva o dei disturbi del linguaggio;

- a redigere le **certificazioni** sulla base del Modello di certificazione per Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) ai fini dell'applicazione delle misure previste dalla legge 8 ottobre 2010, n° 170 (Allegato D 4)

- a partecipare al **monitoraggio** regionale, che sarà avviato dall'Osservatorio regionale DSA, pena l'esclusione dall'elenco, sull'applicazione delle suddette Linee guida di cui all'Allegato D alla citata DGR 32/2020, utilizzando gli strumenti informativi ed operativi comunicati dalla Regione Lazio,

- a segnalare al Direttore Generale della ASL, di competenza territoriale, ogni modifica dell'équipe / società / associazione tra professionisti, sostituzione o ingresso di professionisti (che deve rispondere ai requisiti indicati al punto 1 dell'allegato E della DGR 32/2020) all'interno della stessa.

| Psicologo | |
|------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |

Firma _____

Luogo e data _____

| Neuropsichiatra infantile | |
|----------------------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |

Firma _____

Luogo e data _____

| Logopedista | |
|--------------------|--|
| Cognome | |
| Nome | |

Firma _____

Luogo e data _____

Altre figure professionali

| Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva | |
|--|--|
| Cognome | |
| Nome | |

Firma _____

Luogo e data _____

Nel caso in cui i soggetti richiedenti siano in numero maggiore si prega di inserire gli ulteriori riquadri necessari e apporre i dati e le firme per ciascun professionista aggiunto.

Allegati:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata di ciascuno dei professionisti

Trattamento Dati:

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine dell'iscrizione all'elenco regionale dei soggetti privati che possono rilasciare certificazione di disturbo specifico dell'apprendimento ai sensi della legge 170/2010 e dell'Accordo tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano su Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento del 25/07/2012, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Lazio Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 -00145 Roma - PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'iscrizione al citato elenco. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge, e saranno diffusi, anche mediante pubblicazione, solo per la parte relativa ai dati identificativi dello studio/struttura sanitaria e dei riferimenti ai componenti dell'équipe e al relativo referente.
3. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria-Area rete integrata del territorio -Ufficio salute mentale, dipendenze e minori) per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati: l'Ing. **Gianluca Ferrara**, nominato con DGR 393 del 20 giugno 2019 (PEC: ict@regione.lazio.legalmail.it – mail: gferrara@regione.lazio.it)
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).

Modello A.1- Psicologo

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E
DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto:

| | | | |
|-----------------------|--|-------|-------------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Indirizzo | | | n. |
| Codice fiscale | | | |

DICHIARA

1. di essere iscritto all'albo dell'Ordine degli Psicologi della Regione _____ al nr _____ ;
2. di avere una **formazione post-lauream** inerente i DSA (pubblica e/o privata) per clinici (indicare soggetto erogatore, titolo, sede e anno), quali:

| | |
|--|--------------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |
| | Anno |

oppure di aver una **docenza per almeno 3 anni** sulla materia dei DSA in corsi post-lauream

| | |
|---|--------------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ⁶ | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |
| | Anno |

3. di avere **conoscenza della normativa** e delle linee guida nazionali oltre che delle Linee guida di cui al presente atto (CC 2007, L.170/2010, DM n. 5669 del 12/07/2011, PARCC 2011, CC ISS 2011, Accordo Stato Regioni 25 luglio 2012, D.M. del 27.12.2012, C.M. nr.8 del 06/03/2013, Decreto Interministeriale Profumo Balduzzi del 17 aprile 2013, Nota 2563 del 22 novembre 2013)

4. di aver svolto nell'ultimo triennio **300 ore di esperienza clinica nell'ambito dei DSA** maturate presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o studi/centri privati che abbiano redatto diagnosi di DSA:

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |

⁶ Se il corso è stato svolto in periodo antecedente all'entrata in vigore del sistema ECM in base al Dlgs 502/1992 integrato dal Dlgs 229/1999 o del sistema CFU in base al DM 509/99, il parametro usato per il riconoscimento sarà l'impegno orario di almeno 100 ore.

| | | |
|---------|-----|----|
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

Nel caso in cui gli spazi non siano sufficienti, si prega di inserire gli ulteriori riquadri necessari.

5. di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione.

6. di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

7. di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli e verifiche ai sensi di legge,

Il sottoscritto allega, altresì:

- le attestazioni da parte della struttura/ente/centro privato⁷ per la verifica delle esperienze di cui ai punti 2 e 4, e dichiara di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli a campione contattando la sede stessa;
- fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata;
- CV firmato e datato.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Allegati:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata
- CV firmato e datato
- Eventuali attestazioni da parte di struttura/ente/centro privato

Trattamento Dati:

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine dell'iscrizione all'elenco regionale dei soggetti privati che possono rilasciare certificazione di disturbo specifico dell'apprendimento ai sensi della legge 170/2010 e dell'Accordo tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano su Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento del 25/07/2012, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Lazio Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 -00145 Roma - PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'iscrizione al citato elenco. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge, e saranno diffusi, anche mediante pubblicazione, solo per la parte relativa ai dati identificativi dello studio/struttura sanitaria e dei riferimenti ai componenti dell'équipe e al relativo referente.

⁷ Nel caso in cui l'attività sia stata svolta da Libero Professionista presso il proprio studio è necessaria una dichiarazione sostitutiva (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

MODULO A

3. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria-Area rete integrata del territorio -Ufficio salute mentale, dipendenze e minori) per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erranei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati: l'Ing. **Gianluca Ferrara**, nominato con DGR 393 del 20 giugno 2019 (PEC: ict@regione.lazio.legalmail.it – mail: gferrara@regione.lazio.it)
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).

Modello A.2- NEUROPSICHIATRA INFANTILE

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E
DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto:

| | | | |
|-----------------------|--|-------|-------------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Indirizzo | | | n. |
| Codice fiscale | | | |

DICHIARA

1. di essere iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della provincia _____ al nr _____;
2. di essere in possesso del Diploma di specializzazione in Neuropsichiatria Infantile (indicare Università e anno) _____;
3. di aver svolto almeno 150 ore sul tema DSA all'interno della specializzazione (attestata tramite certificazione della scuola di specialità o autocertificata ai sensi di legge)

Oppure

di avere una **formazione post-lauream** inerente i DSA (pubblica e/o privata) per clinici (indicare soggetto erogatore, titolo, sede e anno), quali:

| | |
|--|--------------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |

| | |
|---|------|
| con crediti CFU o ECM residenziali ⁸ | Anno |
|---|------|

oppure di aver una **docenza per almeno 3 anni** sulla materia dei DSA in corsi post-lauream

| | |
|---|--------------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ⁹ | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |
| | Anno |

4. di avere **conoscenza della normativa** e delle linee guida nazionali oltre che delle Linee guida di cui al presente atto (CC 2007, L.170/2010, DM n. 5669 del 12/07/2011, PARCC 2011, CC ISS 2011, Accordo Stato Regioni 25 luglio 2012, D.M. del 27.12.2012, C.M. nr.8 del 06/03/2013, Decreto Interministeriale Profumo Balduzzi del 17 aprile 2013, Nota 2563 del 22 novembre 2013)

5. di aver svolto nell'ultimo triennio **300 ore di esperienza clinica nell'ambito dei DSA** maturate presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o studi/centri privati che abbiano redatto diagnosi di DSA.

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

⁸ Se il corso è stato svolto in periodo antecedente all'entrata in vigore del sistema ECM in base al Dlgs 502/1992 integrato dal Dlgs 229/1999 o del sistema CFU in base al DM 509/99, il parametro usato per il riconoscimento sarà l'impegno orario di almeno 100 ore.

⁹ Se il corso è stato svolto in periodo antecedente all'entrata in vigore del sistema ECM in base al Dlgs 502/1992 integrato dal Dlgs 229/1999 o del sistema CFU in base al DM 509/99, il parametro usato per il riconoscimento sarà l'impegno orario di almeno 100 ore.

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

Nel caso in cui gli spazi non siano sufficienti, si prega di inserire gli ulteriori riquadri necessari.

6. di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;

7. di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

8. di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli e verifiche ai sensi di legge,

Il sottoscritto allega, altresì:

- per la verifica delle esperienze di cui ai punti 2 e 4, le attestazioni da parte della struttura/ente/centro privato¹⁰ e dichiara di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli a campione contattando la sede stessa;
- fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata;
- CV firmato e datato.

Luogo e data

Firma del dichiarante

Allegati:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata
- CV firmato e datato
- Eventuali attestazioni da parte di struttura/ente/centro privato

Trattamento Dati:

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine dell'iscrizione all'elenco regionale dei soggetti privati che possono rilasciare certificazione di disturbo specifico dell'apprendimento ai sensi della legge 170/2010 e dell'Accordo tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano su Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento del 25/07/2012, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente
A tal fine le facciamo presente che:

¹⁰ Nel caso in cui l'attività sia stata svolta da Libero Professionista presso il proprio studio è necessaria una dichiarazione sostitutiva (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

MODULO A

1. La Regione Lazio Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 -00145 Roma - PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'iscrizione al citato elenco. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge, e saranno diffusi, anche mediante pubblicazione, solo per la parte relativa ai dati identificativi dello studio/struttura sanitaria e dei riferimenti ai componenti dell'équipe e al relativo referente.
3. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria-Area rete integrata del territorio -Ufficio salute mentale, dipendenze e minori) per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati: l'Ing. **Gianluca Ferrara**, nominato con DGR 393 del 20 giugno 2019 (PEC: ict@regione.lazio.legalmail.it – mail: gferrara@regione.lazio.it)
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).

Modello A.3- LOGOPEDISTA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E
DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto:

| | | | |
|-----------------------|--|-------|-------------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Via /piazza | | | n. |
| Codice fiscale | | | |

DICHIARA

1. di essere iscritto all'albo dell'Ordine **TSRM PSTRP** della Regione/Provincia _____ al nr _____;

2. di essere in possesso (indicare Università e anno)

| | |
|--|-----------------|
| Diploma di laurea in Logopedia | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Titolo equipollente ai sensi del DM del 27 luglio 2000 | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |

3. di avere una **formazione post-lauream** inerente i DSA (pubblica e/o privata) per clinici (indicare soggetto erogatore, titolo, sede e anno), quali:

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento | Titolo |

| | |
|---|--------------------|
| Universitario | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ¹¹ | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |
| | Anno |

oppure di aver una **docenza per almeno 3 anni** sulla materia dei DSA in corsi post-lauream

| | |
|--|--------------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ¹² | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |
| | Anno |

4. di avere conoscenza della normativa e delle linee guida nazionali oltre che delle Linee guida di cui al presente atto (CC 2007, L.170/2010, DM n. 5669 del 12/07/2011, PARCC 2011, CC ISS 2011, Accordo Stato Regioni 25 luglio 2012, D.M. del 27.12.2012, C.M. nr.8 del 06/03/2013, Decreto Interministeriale Profumo Balduzzi del 17 aprile 2013, Nota 2563 del 22 novembre 2013)

5. di aver svolto nell'ultimo triennio 300 ore di esperienza clinica nell'ambito dei DSA maturate presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o studi/centri privati che abbiano redatto diagnosi di DSA.

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

| | |
|----------------------|--|
| Nome della struttura | |
|----------------------|--|

¹¹ Se il corso è stato svolto in periodo antecedente all'entrata in vigore del sistema ECM in base al Dlgs 502/1992 integrato dal Dlgs 229/1999 o del sistema CFU in base al DM 509/99, il parametro usato per il riconoscimento sarà l'impegno orario di almeno 100 ore.

¹² Se il corso è stato svolto in periodo antecedente all'entrata in vigore del sistema ECM in base al Dlgs 502/1992 integrato dal Dlgs 229/1999 o del sistema CFU in base al DM 509/99, il parametro usato per il riconoscimento sarà l'impegno orario di almeno 100 ore.

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

Nel caso in cui gli spazi non siano sufficienti, si prega di inserire gli ulteriori riquadri necessari.

6. di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;

7. di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

8. di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli e verifiche ai sensi di legge,

Il sottoscritto allega, altresì:

- le attestazioni da parte della struttura/ente/centro¹³ privato per la verifica delle esperienze di cui ai punti 2 e 5, e dichiara di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli a campione contattando la sede stessa;
- fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata;
- CV firmato e datato.

Luogo e data

Firma del dichiarante

¹³ Nel caso in cui l'attività sia stata svolta da Libero Professionista presso il proprio studio è necessaria una dichiarazione sostitutiva (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Allegati:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata.
- CV firmato e datato
- Eventuali attestazioni da parte di struttura/ente/centro privato

Trattamento Dati:

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine dell'iscrizione all'elenco regionale dei soggetti privati che possono rilasciare certificazione di disturbo specifico dell'apprendimento ai sensi della legge 170/2010 e dell'Accordo tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano su Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento del 25/07/2012, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Lazio Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 -00145 Roma - PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'iscrizione al citato elenco. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge, e saranno diffusi, anche mediante pubblicazione, solo per la parte relativa ai dati identificativi dello studio/struttura sanitaria e dei riferimenti ai componenti dell'équipe e al relativo referente.
3. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria-Area rete integrata del territorio -Ufficio salute mentale, dipendenze e minori) per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati: l'Ing. **Gianluca Ferrara**, nominato con DGR 393 del 20 giugno 2019 (PEC: ict@regione.lazio.legalmail.it – mail: gferrara@regione.lazio.it)
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).

Modello A.4- TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E
DI ATTO DI NOTORIETÀ'**

(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto:

| | | | |
|-----------------------|--|-------|-------------|
| Cognome | | | |
| Nome | | | |
| Nato a | | Prov. | data |
| Residente in | | | Prov. |
| Via /piazza | | | n. |
| Codice fiscale | | | |

DICHIARA

1. di essere iscritto all'albo dell'Ordine **TSRM PSTRP** della Regione/Provincia _____ al nr _____;

2. di essere in possesso (indicare Università e anno)

| | |
|---|-----------------|
| Diploma di laurea in Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Titolo equipollente ai sensi del DM del 27 luglio 2000 | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |

3. di avere una **formazione post-lauream** inerente i DSA (pubblica e/o privata) per clinici (indicare soggetto erogatore, titolo, sede e anno), quali:

| | |
|------------------------------------|-----------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento | Titolo |

| | |
|---|--------------------|
| Universitario | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ¹⁴ | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |
| | Anno |

oppure di aver una **docenza per almeno 3 anni** sulla materia dei DSA in corsi post-lauream

| | |
|--|--------------------|
| Master universitario I livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Master universitario II livello | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| | Università |
| | Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ¹⁵ | Soggetto erogatore |
| | Titolo |
| | Sede |
| | Anno |

4. di avere conoscenza della normativa e delle linee guida nazionali oltre che delle Linee guida di cui al presente atto (CC 2007, L.170/2010, DM n. 5669 del 12/07/2011, PARCC 2011, CC ISS 2011, Accordo Stato Regioni 25 luglio 2012, D.M. del 27.12.2012, C.M. nr.8 del 06/03/2013, Decreto Interministeriale Profumo Balduzzi del 17 aprile 2013, Nota 2563 del 22 novembre 2013)

5. di aver svolto nell'ultimo triennio 300 ore di esperienza clinica nell'ambito dei DSA maturate presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o studi/centri privati che abbiano redatto diagnosi di DSA.

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

| | |
|----------------------|--|
| Nome della struttura | |
|----------------------|--|

¹⁴ Se il corso è stato svolto in periodo antecedente all'entrata in vigore del sistema ECM in base al Dlgs 502/1992 integrato dal Dlgs 229/1999 o del sistema CFU in base al DM 509/99, il parametro usato per il riconoscimento sarà l'impegno orario di almeno 100 ore.

¹⁵ Se il corso è stato svolto in periodo antecedente all'entrata in vigore del sistema ECM in base al Dlgs 502/1992 integrato dal Dlgs 229/1999 o del sistema CFU in base al DM 509/99, il parametro usato per il riconoscimento sarà l'impegno orario di almeno 100 ore.

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Nome della struttura | | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica <input type="checkbox"/> | Studio/Centro privato <input type="checkbox"/> |
| Sede (indirizzo e città) | | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore | | |

Nel caso in cui gli spazi non siano sufficienti, si prega di inserire gli ulteriori riquadri necessari.

6. di essere a conoscenza dell'art.75 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 relativo alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato qualora l'Amministrazione, a seguito di controllo, riscontri la non veridicità del contenuto della suddetta dichiarazione;

7. di essere a conoscenza delle sanzioni penali cui incorre in caso di dichiarazione mendace o contenente dati non più rispondenti a verità, come previsto dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445.

8. di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli e verifiche ai sensi di legge

Il sottoscritto allega, altresì:

- per la verifica delle esperienze di cui ai punti 2 e 5, le attestazioni da parte della struttura/ente/centro¹⁶ privato e dichiara di acconsentire sin da ora, che possano essere effettuati controlli a campione contattando la sede stessa;
- fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata;
- CV firmato e datato.

Luogo e data

Firma del dichiarante

¹⁶ Nel caso in cui l'attività sia stata svolta da Libero Professionista presso il proprio studio è necessaria una dichiarazione sostitutiva (Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.)

Allegati:

- Fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata.
- CV firmato e datato
- Eventuali attestazioni da parte di struttura/ente/centro privato

Trattamento Dati:

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo al fine dell'iscrizione all'elenco regionale dei soggetti privati che possono rilasciare certificazione di disturbo specifico dell'apprendimento ai sensi della legge 170/2010 e dell'Accordo tra Governo, Regioni e province autonome di Trento e Bolzano su Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici dell'apprendimento del 25/07/2012, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Lazio Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 -00145 Roma - PEC: protocollo@regione.lazio.legalmail.it)
2. Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude l'iscrizione al citato elenco. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge, e saranno diffusi, anche mediante pubblicazione, solo per la parte relativa ai dati identificativi dello studio/struttura sanitaria e dei riferimenti ai componenti dell'équipe e al relativo referente.
3. I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria-Area rete integrata del territorio -Ufficio salute mentale, dipendenze e minori) per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati: l'Ing. **Gianluca Ferrara**, nominato con DGR 393 del 20 giugno 2019 (PEC: ict@regione.lazio.legalmail.it – mail: gferrara@regione.lazio.it)
5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).