Allegato 1

Direzione regionale salute e integrazione sociosanitaria

[salute@regione.lazio.legalmail.it](mailto:salute@regione.lazio.legalmail.it)

**Domanda di ISCRIZIONE**

**all’Elenco dei professionisti con competenze ed esperienza nell’ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico della Regione Lazio**

**art. 74 Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e s.m.i. “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico” e art. 3 del Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico”.**

DOMANDA DI ISCRIZIONE all’Elenco dei professionisti con competenze ed esperienza nell’ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico della Regione Lazio – art. 74 Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e s.m.i. “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico” e art. 3 del Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico”.

**Oggetto**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATI RICHIEDENTE** |  | | | |
| Cognome |  | | | |
| Nome |  | | | |
| Nato/a a |  | Prov. | data | |
| Residente in |  | | | Prov. |
| Via/Piazza |  | | | N. |
| Codice fiscale |  | | | |

**CHIEDE**

- di essere iscritto/a all’Elenco dei professionisti con competenze ed esperienza nell’ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico della Regione Lazio – art. 74 Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e s.m.i. “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico” e art. 3 del Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico”.

A tal fine:

**DICHIARA**

(ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

1. di possedere il/i seguente/i titolo/i (art. 4, comma 2, lettere a e b del r.r. 1/2019):

* Diploma di Laurea (ordinamento antecedente il DM n. 509/99);
* Laurea specialistica (DM n. 509/99);
* Laurea Magistrale (DM n. 270/2004);
* Diploma di Laurea primo ciclo;

1. che il titolo sopra dichiarato è conseguito in:

* Medicina e chirurgia;
* Psicologia;
* Scienze dell’Educazione e della Formazione;
* Scienze della Formazione Primaria;
* Educatore professionale socio-pedagogico e pedagogista;
* Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione - Terapista della neuro e

psicomotricità dell'età evolutiva);

* Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione – Logopedista;
  + - Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione – Educatore professionale sociosanitario;
* Scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione – Terapista Occupazionale;

1. essere iscritto/a all’Albo dell’Ordine dei/degli \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al nr\_\_\_\_\_\_\_ (qualora previsto dalla normativa di settore);

**4.** di aver conseguito la seguente formazione post-laurea inerente a programmi psicologici e comportamentali strutturati (Applied Behavior Analysis – ABA, Early Intensive Behavioural Intervention – EIBI, Early Start Denver Model – ESDM) o a programmi educativi (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children – TEACCH) o ad altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta (art. 4, comma 2, lettera c del r.r. 1/2019):

|  |  |
| --- | --- |
| Diploma di specializzazione | Titolo |
| Ente |
| Anno di conseguimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Master universitario  I livello | Titolo |
| Ente |
| Anno di conseguimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Master universitario  II livello | Titolo |
| Ente |
| Anno di conseguimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| Ente |
| Anno di conseguimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Corso di formazione | Titolo |
| Ente |
| Anno di conseguimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero ore di frequenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero ore di tirocinio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Numero di partecipanti al corso \_\_\_\_\_\_\_\_  Numero di ECM\_\_\_\_\_\_  Numero di CFU\_\_\_\_\_\_\_ |

1. possedere expertise almeno triennale successiva al conseguimento dei titoli di cui alle lettere a), b) e/o c) del comma 2, art. 4 del r.r. 1/2019, acquisita presso:

* centro pubblico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* centro privato accreditato con SSN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* centro privato specializzato nei trattamenti evidence based per i disturbi dello spettro autistico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. il ruolo, in caso di programmi ABA:

* tutor
* operatore/tecnico/assistant
* supervisore o analista del comportamento

**N.B. qualora supervisore o analista del comportamento per programmi ABA il/la richiedente deve essere in possesso di almeno il titolo di master di II livello e 1500 ore di tirocinio super visionato;**

1. di essere a conoscenza di tutte le conseguenze penali, civili, amministrative previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n.445 e smi in caso di dichiarazioni mendaci
2. di essere consapevole e a conoscenza che saranno effettuati controlli e verifiche, anche a campione, da parte della Regione Lazio;

Il/La sottoscritto allega alla presente domanda:

* il modulo per l’autorizzazione alla pubblicazione delle informazioni di contatto di cui all’Allegato 2 del r.r. 1/2019;
* il curriculum vitae in formato europeo;
* copia del documento di identità (qualora la domanda non sia sottoscritta con firma digitale).

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo e data** |  |
|  |  |
|  | **Firma del/della dichiarante** |
|  |  |

**(La domanda deve essere sottoscritta con una delle modalità previste dall’articolo 65, comma 1, lettere a) e c) del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell’amministrazione digitale) e successive modifiche e trasmessa tramite PEC alla Direzione regionale competente in materia di salute e di integrazione sociosanitaria:** [**salute@regione.lazio.legalmail.it**](mailto:salute@regione.lazio.legalmail.it)**)**

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, raccolti al fine dell’iscrizione all’Elenco dei professionisti con competenze ed esperienza nell’ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico della Regione Lazio – art. 74 Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e s.m.i. “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico” e art. 3 del Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico”, 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 obbligatorioe 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 sul sito istituzionale della Regione Lazio, nelle modalità previste dall’art. 3, comma 2 del regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii;

**3.** I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria-Area Risorse Umane) 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:

**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>).

Allegato 2

**AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DELLE INFORMAZIONI DI CONTATTO**

**Elenco dei professionisti con competenze ed esperienza nell’ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico della Regione Lazio**

**art. 74 Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e s.m.i. “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico” e art. 3 del Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico”.**

Il/la sottoscritto/a autorizza alla pubblicazione, nell’Elenco regionale, delle seguenti informazioni di contatto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome |  | | |
| Diploma di Laurea |  | | |
| Formazione post laurea | * diploma di specializzazione; * master universitario I livello; * master universitario II livello; * perfezionamento universitario; * corso di formazione di cui all’art. 4 comma 2, lettera c5) * Il corso di formazione indicato presenta gli elementi preferenziali di cui all’art. 4, comma 2 lettera c5); | | |
| Tipologia di trattamento/i e programma/i |  Applied Behavior Analysis – ABA, Early Intensive Behavioural Intervention   EIBI, Early Start Denver Model – ESDM   Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children - TEACCH)   Altro/altri trattamenti con evidenza scientifica riconosciuta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicare obbligatoriamente quale) | | |
| Per il programma ABA, ruolo rivestito | * tutor * operatore/tecnico/assistant * supervisore o analista del comportamento | | |
| Sede attività professionale | * Studio libero professionista * Centro \_\_\_\_(denominazione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Indirizzo della sede in cui si eroga la prestazione | Via/Piazza | Città | Prov. |
| Area territoriale preferenziale di intervento (regionale, provinciale, distrettuale, comunale) | * Regionale * Provinciale * Distrettuale * Comunale | | |
| Telefono |  | | |
| Mail |  | | |
| PEC |  | | |
| Sito web |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Luogo e data** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  | **Firma** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, raccolti al fine dell’iscrizione all’Elenco dei professionisti con competenze ed esperienza nell’ambito dei trattamenti per i disturbi dello spettro autistico della Regione Lazio – art. 74 Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e s.m.i. “Interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico” e art. 3 del Regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii. “Regolamento per la disciplina degli interventi a sostegno delle famiglie dei minori fino al dodicesimo anno di età nello spettro autistico”, 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 obbligatorioe 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 sul sito istituzionale della Regione Lazio, nelle modalità previste dall’art. 3, comma 2 del regolamento regionale 15 gennaio 2019, n. 1 e ss.mm.ii;

**3.** I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento (Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria-Area Risorse Umane) 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:

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>).