**Al Direttore Generale dell’ASL**

**Oggetto**:

**DOMANDA DI ISCRIZIONE** 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)- Strutture sanitarie private e centri ambulatoriali di recupero e riabilitazione funzionale privati, autorizzati o accreditati ai sensi della L.R. 4/2003- RR 20/2019.

Il sottoscritto:

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

in qualità di legale rappresentante

 della Struttura sanitaria privata

 del Centro Ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale privato di seguito indicato:

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione** |  |
| Autorizzata con |  |
| Accreditata con | DCA |
| **Sede** |  |
| Via /piazza |  |
| Città |  |
| Telefono (utilizzabile anche per prenotazioni) |  |
| e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| PEC |  |
| Sito internet |  |

**CHIEDE**

* che la struttura/ambulatorio sia inserita nell’elenco dei soggetti privati che possono rilasciare la Certificazione per disturbo specifico 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**

* che l’équipe di cui al Modello B.1 (che è parte integrante della presente domanda) ha 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;

**ASSICURA**

* l’impegno dell’équipe a:
  + rispettare quanto indicato nelle Linee Guida di cui all’Allegato D alla citata DGR 32/2020,
  + 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)
  + 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;
  + aderire al monitoraggio regionale utilizzando gli strumenti informativi ed operativi previsti,
  + comunicare tempestivamente al Direttore Generale della ASL, territorialmente competente, ogni modifica dell’équipe di professionisti che deve rispondere ai requisiti indicati al punto 1 dell’allegato E della DGR 32/2020.

**AUTORIZZA**

per quanto di competenza, i controlli e le verifiche previsti dalla Commissione di controllo ed esame di cui alla DGR 32/2020 Allegato E punto 2),

**Luogo e data Firma**

**Allegati:**

Allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata.

**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](mailto: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).](http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524))

**MOD. B.1**

**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** |  | | |
| **Via /piazza** |  | | n. |
| **Codice fiscale** |  | | |

in qualità di legale rappresentante

 della Struttura sanitaria privata

 del Centro Ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale privato di seguito indicata:

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione** |  |
| Autorizzata con |  |
| Accreditata con | DCA |
| **Sede** |  |
| Via /piazza |  |
| Citta |  |
| Telefono (utilizzabile anche per prenotazioni) |  |
| e-mail |  |
| PEC |  |
| Sito internet |  |

Eventuale altra sede:

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione** |  |
| Autorizzata con |  |
| Accreditata con DCA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Telefono (utilizzabile anche per prenotazioni) |  |
| e-mail |  |
| PEC |  |
| Sito internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Denominazione** |  |
| Autorizzata con |  |
| Accreditata con | DCA |
| Via /piazza |  |
| Citta |  |
| Telefono (utilizzabile anche per prenotazioni) |  |
| e-mail |  |
| PEC |  |
| Sito internet |  |

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle responsabilità, anche penali, previste per il caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**

1. **che all’interno della Struttura/Ambulatorio di recupero e riabilitazione opera un’équipe composta da:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 B.2** parte integrante della presente domanda | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 B.3** 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 B.4** 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 B.5** 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.

1. **che tutti i suindicati professionisti sono in possesso dei requisiti richiesti dalla DGR 32/2020 Allegato E, attestati dalla dichiarazione di cui ai modelli B.2, B.3, B.4, B.5 parti integranti della presente domanda;**
2. **che il COORDINATORE DELL’EQUIPE nella persona del**

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME | Dott. |
| NOME |  |
| Telefono |  |
| cellulare |  |
| Mail |  |
| PEC |  |

avrà funzione di referente per i rapporti con l’amministrazione e interfaccia per gli adempimenti amministrativi, compresi quelli inerenti la comunicazione di modifiche all’équipe, il monitoraggio e il mantenimento dei requisiti nel tempo,

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

**Luogo e data**

**Firma**

**Allegati:**

Allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità firmata.

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](mailto: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).](http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524))

**Modello B.2- 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 | Titolo |

|  |  |
| --- | --- |
| II livello | Università |
| Anno accademico |
| Perfezionamento Universitario | Titolo |
| Università |
| Anno accademico |
| Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o  ECM residenziali1 | Soggetto erogatore |
| Titolo |
| Sede |
| Anno |

1. 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)
2. 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  Studio/Centro privato  | |
| Sede (indirizzo e  città) |  | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome della  struttura |  | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica  Studio/Centro privato  | |
| Sede (indirizzo e  città) |  | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome della  struttura |  | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica  Studio/Centro privato  | |
| 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.

1 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.

1. 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.
2. 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.
3. dichiara 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 privato2 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.
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.

2 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.)

1. 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](mailto:ict@regione.lazio.legalmail.it) – mail: gferrara@regione.lazio.it)
2. 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).](http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524))

**Modello B.3- 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 con crediti CFU o | Soggetto erogatore |
| Titolo |
| Sede |
| Anno |

|  |  |
| --- | --- |
| ECM residenziali3 |  |

oppure di avere 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 residenziali4 | Soggetto erogatore |
| Titolo |
| Sede |
| Anno |

1. 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)
2. 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  Studio/Centro privato  | |
| Sede (indirizzo e  città) |  | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome della  struttura |  | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica  Studio/Centro privato  | |
| Sede (indirizzo e  città) |  | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore |  | |

3 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.

4 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  Studio/Centro privato  | |
| 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.

1. 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;
2. 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.
3. dichiara 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/centro privato 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**

**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

5 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.)

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](mailto: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).](http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524))

**Modello B.4- 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 |

1. 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 residenziali6 | Soggetto erogatore |
| Titolo |
| Sede |
| Anno |

oppure di avere 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 residenziali7 | Soggetto erogatore |
| Titolo |
| Sede |
| Anno |

1. 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)
2. 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  Studio/Centro privato  | |
| Sede (indirizzo e  città) |  | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome della  struttura |  |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica  Studio/Centro privato  |
| Sede (indirizzo e |  |

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.

7 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.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome della  struttura |  | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica  Studio/Centro privato  | |
| 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.

1. 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;
2. 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.
3. dichiara 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/centro8 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**

8 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](mailto: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).](http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524))

**Modello B.5 - TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL’ETÀ EVOLUTIVA**

**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 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 |

1. 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 residenziali9 | Soggetto erogatore |
| Titolo |
| Sede |
| Anno |

oppure di avere 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 residenziali10 | Soggetto erogatore |
| Titolo |
| Sede |
| Anno |

1. 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)
2. 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  Studio/Centro privato  | |
| Sede (indirizzo e città) |  | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore |  | |

della

Nome struttura

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.

10 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  Studio/Centro privato  | |
| Sede (indirizzo e  città) |  | |
| Periodo | Dal | al |
| n. ore |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome della  struttura |  | |
| Natura giuridica | Struttura Pubblica  Studio/Centro privato  | |
| 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.

1. 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;
2. 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.
3. dichiara 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/centro11 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**

11 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](mailto: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).](http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524))