

**Al Direttore Generale
dell'ASL Rieti**

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 – 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>).

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:	

MODULO B

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

MODULO B

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.

2) 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;

3) 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,

4) 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 – 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 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

MODULO B

Il livello	Università
	Anno accademico
Perfezionamento Universitario	Titolo
	Università
	Anno accademico
Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ¹	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)		
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.

MODULO B

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. 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.)

MODULO B

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 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 residenziali ³	
-------------------------------	--

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 residenziali ⁴	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		

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.

MODULO B

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

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. 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 privato⁵ 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.)

MODULO B

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 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

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 Universitario	Titolo
	Università
	Anno accademico

MODULO B

Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ⁶	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 residenziali ⁷	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 n. ore	Dal	al

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.

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.

MODULO B

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. 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 – 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 B.5 - 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

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

- 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

MODULO B

Universitario	Università
	Anno accademico
Corso privato o pubblico di almeno 100 ore riconosciuto con crediti CFU o ECM residenziali ⁹	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 residenziali ¹⁰	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	
----------------------	--

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.

MODULO B

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. 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.)

MODULO B

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'equipe 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>).