

marca da bollo

Alla

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Unità di missione semplice

Disabilità e integrazione socio sanitaria

Via Gilli, 4

38121 TRENTO

umse.disabili_integrasociosan@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER IL SERVIZIO DI
CONSULENZA E ASSISTENZA PSICOLOGICA**

*(D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg.- artt. 12, 13 e 14; L. P. 6 maggio 2016, n. 5 - art. 3,
DGP n. 1909 di data 13 ottobre 2023)*

1) Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____
codice fiscale [][][][][][][][][][][][][][][][]

nella sua qualità di:

- ☐ legale rappresentante dello studio/struttura di psicologia e psicoterapia sotto specificato:
☐ singolo professionista dello studio/struttura di psicologia e psicoterapia sotto specificato:

2) Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome _____ nome _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente a _____ indirizzo _____ n. civico _____
codice fiscale [][][][][][][][][][][][][][][][]

nella sua qualità di:

- ☐ legale rappresentante dello studio/struttura di psicologia e psicoterapia sotto specificato:
☐ singolo professionista dello studio/struttura di psicologia e psicoterapia sotto specificato:

indicare la corretta denominazione

con sede _____

indicare l'indirizzo (via, n° civico, località/frazione, cap, comune)

codice fiscale _____

partita IVA _____

posta elettronica certificata (PEC) _____

telefono _____



CHIEDE/CHIEDONO

l'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

dello studio/della struttura di psicologia e psicoterapia

denominato/a: _____

con sede nel Comune di _____ CAP _____ via _____ n. _____

identificato/a nella p.f./p.ed. _____ p.m. _____

di _____ proprietà _____ di _____ C.C. _____

tipologia _____ contratto _____ per _____ utilizzo _____ dell'immobile _____ (se _____ non _____ di _____ proprietà)

in possesso di agibilità/abitabilità dei locali rilasciata con provvedimento prot. n. _____ di data _____ dal Comune di _____,

per la **FUNZIONE**

☐ funzione strutturale **SERVIZI SANITARI E SOCIOSANITARI** **Lista di controllo PSI**

funzione operativa: **/// Servizio di consulenza e assistenza psicologica**

A tal fine

DICHIARA/DICHIARANO

☐ di voler erogare il Servizio di consulenza e assistenza psicologica nel seguente ambito di intervento:

- ☐ 1) *sostegno ai care givers;*
- ☐ 2) *sostegno psicologico alle persone affette da dolore cronico non oncologico;*
- ☐ 3) *percorso di elaborazione del lutto;*
- ☐ 4) *interventi legati a disturbo ansioso-depressivo (stati di ansia "reattiva" per motivazioni specifiche, circoscritte a un contesto specifico);*
- ☐ 5) *interventi per disagio/malessere/impasse nell'ambiente lavorativo (intervento focalizzato specifico);*
- ☐ 6) *eventuali altri interventi psicologici;*
- ☐ 7) *interventi psicologici a favore delle persone con disabilità uditiva e dei loro familiari";*
- ☐ 8) *interventi di psicologia dell'emergenza*

☐ per gli psicologi/psicoterapeuti che intendano fare domanda di accreditamento per interventi psicologici a favore di persone con disabilità sensoriale uditiva e dei loro familiari, di essere in possesso dell'attestazione dei requisiti utili all'iscrizione nell'elenco degli interpreti LIS e LIST ai sensi del DPCM 10 gennaio 2022

☐ che presso lo studio/la struttura di psicologia e psicoterapia la prestazione sarà erogata dai seguenti **professionisti** in possesso dei requisiti di cui al punto A1 Allegato A della DGP n. 1909 di data 13 ottobre 2023:

- 1) cognome.....nome.....;
- 2) cognome.....nome.....;
- 3) cognome.....nome.....;
- 4) cognome.....nome.....;
- 5) cognome.....nome.....;



- 6) cognome.....nome.....;
 7) cognome.....nome.....;
 8) cognome.....nome.....;
 9) cognome.....nome.....;
 10) cognome.....nome.....

Le informazioni relative a ciascun professionista devono essere indicate nell'allegato alla domanda denominato "Elenco degli psicologi-psicoterapeuti".

i seguenti requisiti strutturali (il secondo punto non è richiesto in caso di domanda per interventi di psicologia per l'emergenza così come previsto dal punto C) allegato 1 DGP 1909/2023):*

- ☐ che lo studio/la struttura di psicologia e psicoterapia ha una sede operativa in Provincia di Trento;
- ☐ che lo studio/la struttura di psicologia e psicoterapia è attrezzato/a, con sala d'attesa e insonorizzazione a garanzia della riservatezza, e sbarriato/a per consentire l'accesso alle persone disabili*;
- ☐ che lo studio/la struttura di psicologia e psicoterapia possiede un archivio protetto e per la custodia dei documenti;
- ☐ che lo studio/la struttura di psicologia e psicoterapia è dotato/a di un computer, di una stampante e di una casella PEC (Posta elettronica Certificata);

i seguenti requisiti organizzativi :

- ☐ che lo studio/la struttura di psicologia e psicoterapia una volta accreditata e convenzionata con il SSP adotterà metodologie per la valutazione ex post dell'efficacia degli interventi condivise con l'U.O. di Psicologia clinica dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari;
- ☐ che lo studio/la struttura di psicologia e psicoterapia è in possesso di una Carta dei servizi;
- ☐ che il ruolo di direttore sanitario/responsabile sanitario è stato affidato al seguente psicologo-psicoterapeuta (tale requisito non è necessario in caso di studi monoprofessionali): nome _____ cognome _____, nato a _____ - _____, ____/____/____, codice fiscale _____, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Provincia di _____ al n. _____ dal _____; in possesso dell'abilitazione _____ all'esercizio della _____ psicoterapia, conseguita presso _____ in data _____.

Ai fini dell'elaborazione della graduatoria nel caso in cui pervenissero più di 50 domande,

DICHIARA/DICHIARANO

- ☐ che lo studio/struttura, oltre alla sede indicata sopra, possiede sede/i operativa/e nei seguenti comuni del territorio della provincia di Trento:

- ☐ di garantire l'apertura dello studio/struttura nella fascia oraria 18-20;
- ☐ di garantire l'apertura dello studio/struttura nel giorno di sabato mattina per almeno 40 settimane l'anno;

- che, tra i singoli professionisti sopra elencati, viene indicato il seguente professionista su cui verificare il possesso degli elementi sotto descritti:

cognome _____	nome _____
nato/a a _____	il ____/____/____
residente a _____	indirizzo _____ n. civico _____
codice fiscale _____	
☐ iscritto/a all'Albo degli Psicologi dal _____;	



☐ in possesso della/e seguente/i certificazione di lingua straniera di almeno livello C1, o dichiarazione di essere madrelingua:

_____;

☐ ha acquisito negli ultimi 5 anni attestati di frequenza, con valutazione positiva se prevista, dei seguenti corsi organizzati dalle scuole di psicoterapia o da Enti accreditati per la formazione psicoterapeutica della durata di almeno 20 ore: _____

Il/I sottoscritto/i la/e sottoscritta/e è/sono altresì consapevole/i che, dopo il rilascio dell'accreditamento, lo studio/la struttura sarà iscritto/a nell'elenco provinciale delle strutture accreditate.

Si allega la seguente documentazione:

- ☐ Informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 sul trattamento dei dati personali
- ☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà del legale rappresentante, con indicazione dei soggetti da sottoporre alle verifiche antimafia;
- ☐ N.....dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà delle persone indicate dall'articolo 85 del D. Lgs. 159/2011;
- ☐ Dichiarazione del possesso dei requisiti ulteriori di qualità specifici previsti per l'accreditamento delle strutture che erogano il SERVIZIO DI CONSULENZA E ASSISTENZA PSICOLOGICA (Lista di controllo PSI);
- ☐ Elenco degli psicologi/ psicoterapeuti che opereranno presso lo studio/struttura di psicologia e psicoterapia , corredato per ciascuno dalle informazioni previste dal paragrafo A1 della DGP.n.1909 di data 13 ottobre 2023;
- ☐ Planimetria/e in scala 1:100 dettagliata della/e struttura/e dove sarà erogato il servizio di consulenza psicologica, con destinazione d'uso dei locali;
- ☐ Dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte dello psicologo-psicoterapeuta individuato quale direttore sanitario, se previsto.
- ☐ fotocopia di un documento d'identità del richiedente in corso di validità (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO/A

.....

.....

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO/A

.....

.....