

marca da bollo

Alla  
**PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO**  
**UMSe Disabilità ed integrazione socio-sanitaria**  
Via Gilli, 4  
38121 TRENTO  
umse.disabili\_integrasociosan@pec.provincia.tn.it

**DOMANDA DI INTEGRAZIONE DELLA COMPOSIZIONE DELL'EQUIPE DSA GIA'  
ABILITATA PER L'INSERIMENTO DI NUOVO/I PROFESSIONISTA/I**

(Legge n. 170/2010, Accordo Stato - Regioni rep. atti n. 140/CSR del 25 luglio 2012; D.G.P. n. 1410/2022 e ss.mm.)

1) Il sottoscritto / La sottoscritta

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/  
residente a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Ordine \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_ ;

indirizzo pec \_\_\_\_\_

numero telefonico \_\_\_\_\_

abilitato alla certificazione diagnostica di DSA (indicare estremi del provvedimento di abilitazione)

\_\_\_\_\_ nella sua qualità di:

- legale rappresentante dell'Ente specificato (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)  
 singolo professionista

(indicare la corretta denominazione dell'Ente)

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

codice fiscale

partita IVA

posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_

numero telefonico \_\_\_\_\_

chiede

di inserire il/i seguenti professionista/i:

Logopedista: Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione ordine \_\_\_\_\_

NPI: Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione ordine \_\_\_\_\_

Psicologo: Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione ordine \_\_\_\_\_

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con determinazione del dirigente dell'UMSe  
Disabilità ed integrazione socio sanitaria n. 8776 di data 11/08/2022



a tal fine

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

dichiara

che il professionista \_\_\_\_\_ (\*)

**opera** già in altra equipe abilitata; indicare il soggetto abilitato ai sensi del provvedimento provinciale:

**non opera** già in altra equipe abilitata

ed è

in integrazione

in sostituzione di un componente dell'equipe:

in caso di sostituzione dichiara:

il nominativo del professionista uscente \_\_\_\_\_  
e ne richiede contestualmente la cancellazione dall'equipe

(\*)Nota: da compilare per ogni professionista

Il sottoscritto **dichiara altresì** di eleggere il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (o l'indirizzo PEC sopra indicato) ..... quale **domicilio digitale** cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

**Si allega la seguente documentazione:**

- informativa privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 2016;
- fotocopia di un documento d'identità del richiedente (se la domanda è sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto);
- Modulistica integrativa (allegato A) (per ogni professionista non già inserito in altra equipe abilitata per cui si chiede l'integrazione: totale allegati n. ....)

