

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA E COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO
CON UTENTI CON DSA**

LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA E COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA AI FINI DELL'ABILITAZIONE ALLA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DI DSA

Rif. Deliberazione G.P. n. 1410/2022

Il sottoscritto _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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

- ☐ nel caso di prima abilitazione di aver effettuato formazione teorica sui DSA con ottenimento di almeno 25 crediti ECM (negli ultimi 5 anni) come indicato nella tabella sottostante:
- ☐ nel caso di rinnovo dell'abilitazione, di aver effettuato aggiornamento professionale sui DSA con ottenimento di almeno 15 crediti ECM, effettuati nel triennio di validità dell'iscrizione all'Elenco, come indicato nella tabella sottostante:

Titolo percorso formativo	Ente organizzatore	Data/periodo di effettuazione	Crediti riconosciuti

- ☐ di aver maturato nel corso degli ultimi 5 anni :



la seguente esperienza lavorativa in ambito dell'età evolutiva, in particolare area del neurosviluppo tra cui anche DSA, in strutture pubbliche, private accreditate ai sensi del D.to legislativo 502/1992 o presso servizi privati inseriti nell'Elenco provinciale dei soggetti abilitati al rilascio di certificazione DSA o in possesso di analoga autorizzazione regionale per fuori PAT

con modalità di lavoro dipendente/subordinato o assimilato e/o con attività da libero professionista*

come indicato nella tabella sottostante:

Tipologia di contratto (dipendente/ subordinato o assimilato – libero professionista – tirocinio abilitante)	Periodo dal _____ al _____	Ente/Organizzazione/struttura	ORARIO (a tempo pieno – a tempo parziale con indicazione del n. di ore settimanali – totale ore di libera professione)	Mansioni svolte

* Si rimanda alle indicazioni provinciali sulle modalità di computo del tempo necessario per soddisfare il requisito minimo (almeno 2 anni di lavoro dipendente/subordinato o assimilato con orario non inferiore a 18 ore settimanali equiparati ad almeno 1500 ore di attività di libero professionista. Entrambe possono concorrere in misura proporzionale al soddisfacimento complessivo del requisito)

NB: per i rapporti di lavoro presso privati allegare documentazione attestante quanto inserito nella tabella.

☐ di aver conseguito il Master in DSA, come indicato nella tabella sottostante:

Titolo	Ente organizzatore	Data/periodo di effettuazione	Durata Master (in ore)	Master concluso in data

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

