

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 ABILITAZIONE/RINNOVO DELL'ABILITAZIONE ALLA
CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DI STUDENTI E STUDENTESSE
CON DISTURBI DSA**

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

*(Barrare l'ipotesi/riquadro di interesse: **Ente privato/Singolo Professionista**)*

- ☐ **Ente privato (es: cooperativa, società, associazioni di vario tipo, studi associati, ecc.)**
- ☐ **Singolo professionista, psicologo o neuropsichiatra infantile/neurologo**

1) Il sottoscritto / La sottoscritta	
cognome _____	nome _____
nato/a a _____	il ____/____/____
residente a _____	indirizzo _____ n. civico _____
codice fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
iscritto/a all'Ordine _____ della Provincia di _____ al n. _____	
dal _____	
indirizzo posta elettronica _____;	
indirizzo pec _____	
numero telefonico _____	
nella sua qualità di:	
<input type="checkbox"/> legale rappresentante dell'Ente specificato	
<input type="checkbox"/> singolo professionista	

(indicare la corretta denominazione dell'Ente e il referente dell'equipe multidisciplinare)

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

codice fiscale _____
partita IVA _____
posta elettronica certificata (PEC) _____
numero telefonico _____



GARANTE E REFERENTE DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

☐ NEUROPSICHIATRA ☐ NEUROLOGO ☐ PSICOLOGO

nome _____ cognome _____, numero
telefonico _____, indirizzo posta elettronica _____

CHIEDE

☐ L'ABILITAZIONE ALLA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DSA

☐ IL RINNOVO DELL'ABILITAZIONE

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 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 che:

<input type="checkbox"/> la struttura operativa									
ha sede nel Comune di _____				CAP _____		via _____		n. _____	
identificato 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 _____;									

Requisiti soggettivi dei singoli professionisti dell'equipe multidisciplinare

☐ l'equipe multidisciplinare disponibile è composta dai seguenti professionisti (*indicare*):

1) ☐ NEUROPSICHIATRA INFANTILE / ☐ NEUROLOGO:

cognome.....nome..... iscritto/a all'Ordine _____ della
Provincia di _____ al n. _____ dal _____,
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | ;

2) PSICOLOGO

cognome.....nome..... iscritto/a all'Ordine _____ della
Provincia di _____ al n. _____ dal _____,
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | ;

3) LOGOPEDISTA

cognome.....nome..... iscritto/a all'Ordine _____ della
Provincia di _____ al n. _____ dal _____,
codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | |



Requisiti Strutturali/Tecnologici

- ☐ la struttura operativa è attrezzata, con sala d'attesa e insonorizzazione a garanzia della riservatezza;
- ☐ la struttura operativa possiede un archivio protetto per la custodia dei documenti;
- ☐ la struttura operativa è dotata di tecnologie informatiche adeguate;
- ☐ la struttura operativa è dotata di un servizio igienico aerato, con accesso anche dalla sala d'attesa.

Requisiti organizzativi

- ☐ **Documentata esperienza dei soggetti componenti l'équipe nell'attività diagnostica dei DSA** come risultante dalla modulistica integrativa, dal quale deve risultare l'assolvimento dell'obbligo della formazione continua nel caso di rinnovo.

Il sottoscritto inoltre esprime le seguenti dichiarazioni:

- ☐ **Dichiarazione di impegno a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, nonché i risultati della Consensus Conference dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:**

- a) alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione; alla adeguata misurazione delle competenze cognitive; alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;
- b) alla formulazione della diagnosi.
A questo fine, la diagnosi clinica deve essere corredata dagli elementi che consentano di verificare il rispetto delle raccomandazioni della Consensus Conference (2007-2009) e del suo aggiornamento, nonché della Consensus Conference dell'ISS;
- c) alla multidisciplinarietà.

- ☐ **Dichiarazione di impegno a rispettare gli standard minimi** per la valutazione clinica e diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) stabiliti dalla Giunta provinciale di concerto con Azienda Provinciale per i servizi sanitari, approvati con deliberazione G.P. 1944/2020 e successivi aggiornamenti per la corretta valutazione diagnostica multidimensionale, sia per l'individuazione della persona con DSA, sia per la redazione del modello di certificazione necessaria all'attivazione del percorso di sostegno e recupero

- ☐ **Dichiarazione di impegno a informare gli utenti e le loro famiglie** circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione

- ☐ **Dichiarazione di impegno ad assicurare i flussi informativi secondo il piano di monitoraggio annuale;**

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) (uno per ogni componente dell'equipe multidisciplinare): totale allegati n.

