

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 \_\_\_\_\_

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

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

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

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

nella sua qualità di:

- legale rappresentante dell'Ente specificato  
 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 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:

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. ....

