

**MODULISTICA INTEGRATIVA**  
(da compilarsi a cura di ciascun professionista)

in merito alla domanda per l'abilitazione/rinnovo/integrazione all'abilitazione alla certificazione diagnostica DSA (ai sensi della legge n. 170/2010 e deliberazione G.P. n. 1410/2022).

1) Il sottoscritto / La sottoscritta																				
cognome _____	nome _____																			
nato/a a _____	il ____/____/____																			
residente a _____	indirizzo _____ n. civico _____																			
codice fiscale <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																				

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**

☐ di aver conseguito:  
Laurea in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
Esame di Stato \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ -

di essere iscritto all'Ordine:  
☐ dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
☐ degli Psicologi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
☐ dei TSRM PSTRP di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di autorizzazione verrà effettuata unicamente attraverso la PEC indicata per l'équipe di riferimento

Luogo e data

FIRMA DELL'INTERESSATO

.....

.....

Si allega la seguente documentazione:

- informativa sulla 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)
- Allegato A – Modulo 1 “Formazione teorica sui DSA e competenza acquisita sul campo con utenti DSA”

