**MODULO B (Allegato 2)**

**VERIFICA DEI REQUISITI PER I SOGGETTI GIÀ AUTORIZZATI AL RILASCIO DELLE CERTIFICAZIONI DIAGNOSTICHE PER LA SCUOLA IN AMBITO DI DISTURBI SPECIFICI DELL’APPRENDIMENTO (DSA)**

La domanda dovrà pervenire entro i termini stabiliti con Raccomandata AR (farà fede il timbro postale) o tramite posta elettronica certificata all’indirizzo mail protocollo@pec.alisa.liguria.it oppure consegnata a mano da Lunedì a Giovedì dalle ore 9 alle ore 11 e dalle ore 14.30 alle ore 16 presso la sede di A.LI.SA. in Genova Piazza della Vittoria 15, sesto piano - stanza 15

 A.Li.Sa.

 Piazza della Vittoria 15

 16121 GENOVA

Nome e Cognome del proponente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo Professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscrizione all’Albo/Ordine n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della Regione/Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prima iscrizione nell’elenco con Deliberazione n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anno Ultima verifica (*lasciare in bianco se mai effettuata*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati Sede/i in cui opera con indicazione dell’equipe multidisciplinare per ciascuna sede specificata:**

**SEDE n. 1 :**

**Denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipologia (Studio libero prof., presidio sanitario, ecc)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Dati Equipe** |
| **Nome Cognome**  | **Titolo professionale**  | **Eventuale forma associativa**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**ALTRA SEDE:**

**Denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipologia (Studio libero prof., presidio sanitario, ecc)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Dati Equipe** |
| **Nome Cognome**  | **Titolo professionale**  | **Eventuale forma associativa**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**ALTRA SEDE:**

**Denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Indirizzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipologia (Studio libero prof., presidio sanitario, ecc)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Dati Equipe** |
| **Nome Cognome**  | **Titolo professionale**  | **Eventuale forma associativa**  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

**In presenza di ulteriori sedi allegare elenco schematizzato come sopra**

* **Allegare:**
	+ **CV in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, del proponente con specifici e dettagliati riferimenti ai criteri specifici richiesti**
	+ **CV in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, dei componenti dell’equipe multidisciplinare comprovanti l’esperienza in ambito DSA**
	+ **Documento d’identità in corso di validità di ogni professionista indicato nel presente modulo**

Con la presente si dichiara di condividere e adottare per la diagnosi delle persone affette da DSA Le linee guida nazionali riprese nella DGR 1047/2011 “Indirizzi per l'applicazione della L.R. 3/2010 Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento e della L. 170/2010 in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico” e le indicazioni del documento definitivo relativo alla Conferenza di consenso celebrata all’Istituto Superiore di Sanità a Roma il 6-7 dicembre 2010 in merito ai "Disturbi specifici dell'apprendimento".

Dichiara altresì di condividere e adottare l’ “Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano su “Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)” e il “Modello di Certificazione Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)” allegato all’ Accordo stesso.

Si dichiara altresì di rendersi disponibile ad eventuali controlli sulla sussistenza dei requisiti dichiarati nel presente modulo da parte di A.Li.Sa.

# Data FIRMA DEL PROPONENTE

#

Io sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autocertifico il contenuto del presente “Modulo B” e degli allegati, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità penale nella quale posso incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000. Autorizzo inoltre al trattamento dei dati personali forniti ai sensi del D.Lgs 196/2003.

# Data FIRMA DEL PROPONENTE

***Tutti i campi devono essere adeguatamente compilati e dovranno essere inviati tutti gli allegati nelle modalità richieste, pena la non ammissibilità della domanda.***