**MODULO D (Allegato 4)**

**VERIFICA DEI REQUISITI DELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE E DEI LORO PROFESSIONISTI 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

Denominazione della struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenza di autorizzazione al funzionamento (allegare provvedimento di autorizzazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presenza di Accreditamento (indicare provvedimento di accreditamento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**ELENCO DELLE EQUIPE OPERANTI NELLA STRUTTURA CON INDICAZIONE DELLE SEDI OPERATIVE**

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

**SEDE OPERATIVA : INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome e Cognome del proponente (Psicologo o NPI)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Iscrizione all’albo/Ordine n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della regione/provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**ALTRA SEDE: INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome e Cognome del proponente (Psicologo o NPI)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Iscrizione all’albo/Ordine n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della regione/provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

**ALTRA SEDE: INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome e Cognome del proponente (Psicologo o NPI)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Iscrizione all’albo/Ordine n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della regione/provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

***In presenza di ulteriori sedi e/o ulteriori proponenti e relative equipe, allegare elenco schematizzato come sopra***

* **Allegare:**
	+ **CV in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, dei 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 e del legale rappresentante**

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 LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA E TIMBRO

#

Io sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nel ruolo di rappresentante protempore della struttura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e domiciliato per la funzione svolta presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autocertifico che il contenuto del presente “Modulo D” 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 LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA STRUTTURA E TIMBRO

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