**ALLEGATO 3 - AUTOCERTIFICAZIONE COMPONENTI EQUIPE**

ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000

**(da compilarsi a cura di ciascun professionista dell’equipe**

**NON COMPILARE MANUALMENTE MA UTILIZZANDO IL PRESENTE FILE)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000, consapevole della responsabilità penale nella quale può incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000.

A TAL FINE DICHIARA

1. di aver conseguito:

Laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_(\*)

Esame di Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_

*Note: \* per i Medici inserire la tipologia e la data di conseguimento della specializzazione.*

1. di essere iscritto all’Ordine:

**󠄀** dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_

**󠄀** degli Psicologi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**󠄀** dei TSRM PSTRP – Albo dei Logopedisti di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere dipendente del SSN (SI **󠄀󠄀** -  NO 󠄀󠄀)

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI 󠄀󠄀 -   NO 󠄀󠄀)

presso l’Azienda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. se non dipendente SSN, di impegnarsi a comunicare tempestivamente ad A.Li.Sa. l’eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;
2. di essere già stato componente di equipe multidisciplinari dell’elenco dei professionisti e delle strutture accreditati per diagnosi DSA per la scuola di Regione Liguria (SI **󠄀󠄀** -  NO 󠄀󠄀)       se si indicare la deliberazione del primo inserimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di possedere comprovata esperienza in ambito DSA negli ultimi 3 anni solari come da schema sotto

**FORMAZIONE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titolo corso/seminario/iniziative** | **Ente organizzatore\*** | **Data/periodo di effettuazione** | **Numero ore da computare ai fini DSA\*\*** | **Eventuali note** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ESPERIENZA CLINICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Periodo** | **Struttura\*** | **Numero ore stimate ai fini DSA** | **Eventuali note** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Note:**

*\* si richiede di inserire i dati completi dell’Ente (con indirizzo e contatti) per attività di controllo su dichiarazioni sostitutive di certificazione ex art. 46 D.P.R. 445/2000*