

## DELIBERAZIONE N. 114 DEL 24.04.2024

OGGETTO: Aggiornamento requisiti in merito all'elenco regionale dei professionisti accreditati per la diagnosi DSA valida per la scuola.

### IL DIRETTORE GENERALE

Su conforme proposta del Direttore S.C. Organizzazione dei Percorsi di Cura e Continuità Assistenziale

#### RICHIAMATI:

- la Legge 8 Ottobre 2010 n. 170 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico";
- il Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) del 12 Luglio 2011, emanato in attuazione dell'art. 7 comma 2 della Legge 170/2010 al fine di dare esecuzione a partire dall'anno scolastico 2011/2012;
- la Legge Regionale 15 Febbraio 2010 n. 3 "Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento";
- la Legge Regionale n. 17/2016 e ss.mm.ii. che istituisce l'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) conferendo alla stessa funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende sanitarie e degli alti enti del Servizio Sanitario Regionale;
- la Deliberazione di Giunta Regionale 5 agosto 2011 n. 1047 "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 ss.mm.;
- la Deliberazione di Giunta Regionale 5 agosto 2013 n. 999 "Recepimento Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 25/07/2012, "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi specifici di apprendimento (DSA)" e indicazioni attuative in materia di DSA" ex D.G.R. n. 1047/2011;

- la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 169 del 29.06.2018 avente ad oggetto "Proroga Elenco di cui alla Deliberazione Alisa n.188 del 29 dicembre 2017 e apertura termini per presentazione nuove domande e verifica requisiti in ambito del DSA";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 257 del 10.11.2023 avente ad oggetto "Aggiornamento elenco dei professionisti e delle strutture autorizzati al rilascio delle certificazioni diagnostiche in ambito di disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) per la scuola".

RITENUTO di semplificare e aggiornare le modalità di presentazione delle domande e i requisiti per l'inserimento e la permanenza nell'elenco dei professionisti, nonché delle strutture, autorizzate al rilascio di diagnosi DSA per le scuole di ogni ordine e grado di cui alla deliberazione del Commissario Straordinario A.Li.Sa. n. 169 del 29.06.2018;

CONSIDERATO necessario procedere al rinnovo dell'elenco mediante l'utilizzo di requisiti e modulistica aggiornati e pertanto non effettuare quindi la verifica dei requisiti prevista per il periodo 01-31 maggio 2024;

VALUTATO pertanto necessario stabilire la validità dell'elenco di cui alla Deliberazione del Direttore Generale A.Li.Sa. n. 257 del 10.11.2023, sino al 30 agosto 2024 o comunque sino all'approvazione del nuovo elenco;

RITENUTO di aggiornare i requisiti per l'inserimento all'elenco, sentito anche il parere della commissione tecnica di cui alla Deliberazione A.Li.Sa. n. 212 del 29.06.2022, come segue:

- 1) Iscrizione all'Ordine degli Psicologi Albo A o all'Albo dei Medici con specializzazione in NPIA (Aspecifico);
- 2) Presenza di equipe multidisciplinare come previsto nell'art 2) dell'Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 25/07/2012 recepito dalla Regione Liguria con la sopra richiamata DGR 999/2013
- 3) Criteri specifici del professionista che presenta la domanda o del professionista della struttura accreditata (Psicologo o NPIA): il professionista deve garantire almeno 600 ore totali di esperienza clinica e formazione in ambito di DSA entro i tre anni solari precedenti alla presentazione della domanda in una delle seguenti modalità:
  - Modalità 1:
    - Almeno 300 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali

(Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;

- Almeno 300 ore di formazione (didattica e pratica, ricevuta o erogata a terzi) successive all'iscrizione all'ordine professionale, relative ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (per es. Master o Corsi di Perfezionamento in Psicopatologia dell'apprendimento ecc.) svolte presso Enti Universitari o Scuole di Specializzazione riconosciute dal MIUR o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico. Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

➤ Modalità 2:

- Almeno 560 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi, nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
- Almeno 40 ore di Formazione specifica sui DSA (didattica e pratica ricevuta o erogata a terzi) presso Enti Universitari, Scuole di Specializzazione, Corsi di Perfezionamento riconosciuti dal MIUR (quali Master), da ASL, IRCCS ed Enti Ospedalieri o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico (elenco di enti di formazione riconosciuti dalle Regioni). Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

4) Criteri specifici dei componenti dell'equipe multidisciplinare che collaborano con il proponente della richiesta

- essere iscritti all'Ordine professionale di riferimento
- avere comprovata esperienza in ambito DSA

CONSIDERATO di rimandare a successiva deliberazione la definizione di specifiche indicazioni e relative tempistiche per la verifica dei requisiti per la permanenza nell'elenco e per le richieste di modifiche;

RITENUTO necessario:

- a) approvare la modulistica aggiornata quale parte sostanziale del presente provvedimento che dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte, datata e firmata dal referente dell'equipe o dal rappresentante legale nel caso di struttura: allegato 1) domanda per l'accertamento dei requisiti per essere autorizzati a svolgere la funzione diagnostica e consulenziale nei confronti della scuola, allegato 2) autocertificazione del proponente, allegato 3) autocertificazione dell'equipe;
- b) stabilire che l'invio delle nuove domande con la relativa modulistica debitamente compilata in ogni sua parte, datata e firmata, corredata di tutti gli allegati richiesti, deve avvenire dal 01 al 31 maggio di ogni anno solare esclusivamente attraverso Posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo mail [protocollo@pec.alisa.liguria.it](mailto:protocollo@pec.alisa.liguria.it) da indirizzo PEC personale del professionista o della struttura solo nel caso di domanda da parte di struttura accreditata;

CONSIDERATO utile precisare che il mancato rispetto dei sopracitati punti a), b) comporta la non ammissibilità della documentazione presentata;

RITENUTO di confermare l'utilizzo del "Modello di certificazione per DSA" di cui all'Accordo Stato Regioni recepito con DGR 999/2013, quale modello da adottare per la Certificazione di DSA sia per gli enti del SSR che per i professionisti e le strutture dell'elenco in parola;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Socio Sanitario;

## **DELIBERA**

Per le motivazioni indicate in premessa, qui integralmente richiamate, di:

1. STABILIRE la validità dell'elenco di cui alla Deliberazione del Direttore Generale A.Li.Sa. n. 257 del 10.11.2023, sino al 30 agosto 2024 o comunque sino all'approvazione del nuovo elenco;
2. AGGIORNARE i requisiti per l'inserimento all'elenco, sentito anche il parere della commissione tecnica di cui alla Deliberazione A.Li.Sa. n. 212 del 29.06.2022, come segue:
  - Iscrizione all'Ordine degli Psicologi Albo A o all'Albo dei Medici con specializzazione in NPIA (Aspecifico);

- Presenza di equipe multidisciplinare come previsto nell'art 2) dell'Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 25/07/2012 recepito dalla Regione Liguria con la sopra richiamata DGR 999/2013;
- Criteri specifici del professionista che presenta la domanda o del professionista della struttura accreditata (Psicologo o NPIA): il professionista deve garantire almeno 600 ore totali di esperienza clinica e formazione in ambito di DSA entro i tre anni solari precedenti alla presentazione della domanda in una delle seguenti modalità:

➤ Modalità 1:

- Almeno 300 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
- Almeno 300 ore di formazione (didattica e pratica, ricevuta o erogata a terzi) successive all'iscrizione all'ordine professionale, relative ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (per es. Master o Corsi di Perfezionamento in Psicopatologia dell'apprendimento ecc.) svolte presso Enti Universitari o Scuole di Specializzazione riconosciute dal MIUR o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico. Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

➤ Modalità 2:

- Almeno 560 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi, nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
- Almeno 40 ore di Formazione specifica sui DSA (didattica e pratica ricevuta o erogata a terzi) presso Enti Universitari, Scuole di Specializzazione, Corsi di Perfezionamento riconosciuti dal MIUR (quali Master), da ASL, IRCCS ed Enti Ospedalieri o organizzati da Enti con consolidato

riconoscimento scientifico (elenco di enti di formazione riconosciuti dalle Regioni). Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

- Criteri specifici dei componenti dell'equipe multidisciplinare che collaborano con il proponente della richiesta:
  - essere iscritti all'Ordine professionale di riferimento;
  - avere comprovata esperienza in ambito DSA.
  
- 3. RIMANDARE a successiva deliberazione l'individuazione delle specifiche e delle tempistiche per la verifica dei requisiti per la permanenza nell'elenco e per le richieste di modifiche;
  
- 4. APPROVARE la modulistica aggiornata allegata quale parte sostanziale del presente provvedimento che dovrà essere debitamente compilata in ogni sua parte, datata e firmata dal referente dell'equipe o dal rappresentante legale nel caso di struttura: allegato 1) domanda per l'accertamento dei requisiti per essere autorizzati a svolgere la funzione diagnostica e consulenziale nei confronti della scuola, allegato 2) autocertificazione del proponente, allegato 3) autocertificazione dell'equipe;
  
- 5. IDENTIFICARE i seguenti termini per l'invio dei moduli:
  - Nuove domande: dal 01 al 31 maggio di ogni anno solare;
  
- 6. STABILIRE le seguenti modalità di presentazione delle domande:
  - Utilizzare esclusivamente i moduli allegati alla presente deliberazione compilati in ogni loro parte, datati e firmati dal referente equipe ovvero dal rappresentante legale nel caso di struttura e corredato da tutti gli allegati previsti e nelle modalità richieste;
  - Inviare nei termini sopra individuati, esclusivamente attraverso Posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo mail [protocollo@pec.alisa.liguria.it](mailto:protocollo@pec.alisa.liguria.it) da indirizzo PEC personale del professionista o della struttura solo nel caso di domanda da parte di struttura accreditata.
  
- 7. CONFERMARE l'utilizzo del "Modello di certificazione per DSA" di cui all'Accordo Stato Regioni recepito con DGR 999/2013, quale modello da adottare per la Certificazione di DSA sia per gli enti del SSR che per i professionisti e le strutture dell'elenco in parola;
  
- 8. DISPORRE la pubblicazione del presente provvedimento nel proprio albo pretorio on line e nella sezione DSA del sito di A.Li.Sa.;

9. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa;

10. dare atto che il presente provvedimento è composto di n.7 pagine e 3 allegati di complessive 6 pagine.

**IL PROPONENTE**

Direttore della S.C. Organizzazione percorsi di cura e  
continuità assistenziale

(Dott.ssa Roberta Pennazio)

Parere favorevole formulato ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

(Dott.ssa Daniela Troiano)

**IL DIRETTORE SANITARIO**

(Dott. Pierangelo Sarchi)

**IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO**

(Dott.ssa Cristina Giordano)

**IL DIRETTORE GENERALE**

(Prof. Filippo Ansaldi)

ALL.1 ALLA DELIB. N. 114 DEL 24.04.2024

**ALLEGATO 1 - MODELLO A**

**Accertamento dei requisiti per essere autorizzati a svolgere la funzione diagnostica e consulenziale nei confronti della scuola**

La domanda dovrà pervenire entro i termini stabiliti posta elettronica certificata all'indirizzo mail [protocollo@pec.alisa.liguria.it](mailto:protocollo@pec.alisa.liguria.it)

A.Li.Sa.  
Piazza della Vittoria 15  
16121 GENOVA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
in qualità di

- Rappresentante Legale dell'Ente (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)  
DENOMINAZIONE ENTE \_\_\_\_\_  
autorizzazione al funzionamento (allegare provvedimento di autorizzazione) \_\_\_\_\_  
Accreditamento n. provvedimento e data \_\_\_\_\_

- Libero Professionista

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza che, in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;
- che la sede operativa e l'equipe multidisciplinare sono le seguenti:  
(nel caso di più sedi replicare le tabelle sotto)

Sede operativa			
Denominazione	Città	Prov.	Indirizzo

Equipe multidisciplinare	
Cognome nome	Qualifica (NPI, Logopedista, Psicologo)

- di condividere e adottare per la diagnosi delle persone affette da DSA Le linee guida nazionali riprese nella Delibera regionale "Indicazioni per l'applicazione della Legge regionale 15 Febbraio 2010, n.3 "Interventi in favore dei soggetti affetti da dislessia e da altre difficoltà specifiche di apprendimento" 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".
- 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.

5. di rendermi disponibile ad eventuali controlli sulla sussistenza dei requisiti dichiarati nel presente modulo da parte della Commissione Tecnica istituita dalla Regione ;

**Data**

**Firma**

*Tutti i campi devono essere adeguatamente compilati pena la non ammissibilità della domanda.*

*\* in caso di richiesta da parte di struttura accreditata firma del legale rappresentante*

**Allegare**

- CV in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, con specifici e dettagliati riferimenti formativi e di esperienza clinica sui DSA posseduti alla data di approvazione della delibera riferiti ai soli 3 anni solari antecedenti la presentazione della domanda;
- CV dei componenti dell'equipe multidisciplinare in formato europeo, aggiornato, datato e firmato, con specifici e dettagliati riferimenti formativi e di esperienza clinica sui DSA posseduti alla data di approvazione della delibera riferiti ai soli 3 anni solari antecedenti la presentazione della domanda
- Documento di Identità in corso di validità del proponente e dei componenti equipe. Se il richiedente è Ente accreditato anche del legale rappresentante firmatario del presente modulo
- Autocertificazione allegato 2) e 3) per ogni componente dell'equipe compreso il proponente datata e firmata

**ALLEGATO 2 - AUTOCERTIFICAZIONE PROPONENTE (NPI o PSICOLOGO)**  
ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000  
**(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 artt. 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.*

**2. di essere iscritto all'Ordine:**

dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
degli Psicologi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
dei TSRM PSTRP – Albo dei Logopedisti di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO )  
presso l'Azienda: \_\_\_\_\_

**4. 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;**

**5. di essere già stato presente nell'elenco dei professionisti e delle strutture accreditati per diagnosi DSA per la scuola di Regione Liguria (SI - NO ) se si indicare la deliberazione \_\_\_\_\_**

**6. FORMAZIONE TEORICA ed esperienza clinica SUI DSA (barrare la modalità scelta):**

Modalità 1:

a) Almeno 300 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;

b) Almeno 300 ore di formazione (didattica e pratica, ricevuta o erogata a terzi) successive all'iscrizione all'ordine professionale, relative ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento (per es. Master o Corsi di Perfezionamento in Psicopatologia dell'apprendimento ecc.) svolte presso Enti Universitari o Scuole di Specializzazione riconosciute dal MIUR o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico. Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

Modalità 2:

- a) Almeno 560 ore di esperienza clinica esclusivamente di diagnosi, nell'ambito della psicopatologia dell'apprendimento svolte presso strutture pubbliche (ASL, IRCCS, Aziende Ospedaliere) o private accreditate/professionisti autorizzati di cui agli elenchi regionali (Liguria o altra regione) che abbiano come attività prevalente diagnosi e riabilitazione di DSA, anche in modalità di frequenza volontaria. Non sono considerate le ore di tirocinio svolte nell'ambito del percorso formativo;
- b) Almeno 40 ore di Formazione specifica sui DSA (didattica e pratica ricevuta o erogata a terzi) presso Enti Universitari, Scuole di Specializzazione, Corsi di Perfezionamento riconosciuti dal MIUR (quali Master), da ASL, IRCCS ed Enti Ospedalieri o organizzati da Enti con consolidato riconoscimento scientifico (elenco di enti di formazione riconosciuti dalle Regioni). Il percorso formativo deve essere concluso alla data della presentazione della domanda;

e di aver svolto i percorsi formativi ed esperienza clinica specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

### ESPERIENZA CLINICA

Periodo	Struttura*	Numero ore stimate ai fini DSA	Eventuali note

### FORMAZIONE

Titolo corso/seminario/iniziativa	Ente organizzatore*	Data/periodo di effettuazione	Numero ore da computare 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

**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.*

**2. di essere iscritto all'Ordine:**

dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
degli Psicologi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
dei TSRM PSTRP – Albo dei Logopedisti di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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

se dipendente SSN di operare in regime di esclusività (SI - NO )  
presso l'Azienda: \_\_\_\_\_

**4. 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;**

**5. 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 \_\_\_\_\_**

**6. di possedere comprovata esperienza in ambito DSA negli ultimi 3 anni solari come da schema sotto**

**FORMAZIONE**

Titolo corso/seminario/iniziativa	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*