



## **AVVISO PUBBLICO**

**APERTURA TERMINI ANNO 2026**

**01.05.2026 - 31.05.2026**

**PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE N. 170/2010, DALL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 25.07.2012 E DALLA LEGGE REGIONALE N. 17/2019**

**nelle due seguenti tipologie:**

- A) ÉQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE (Allegato A.1)**
- B) NUOVI PROFESSIONISTI IN ÉQUIPE GIA' AUTORIZZATE (Allegato A.2):**
  - per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate e inserite nell'elenco pubblicato sul sito di ATS

**in esecuzione del Decreto D.G. ATS n. 249 del 24.04.2026**

### **Premessa**

I Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) rappresentano una condizione clinica evolutiva di difficoltà di apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo che si manifesta con l'inizio della scolarizzazione. Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettivo generale.

La famiglia, che rileva significative difficoltà nel percorso di apprendimento scolastico del figlio, può confrontarsi con i docenti di classe, con il referente scolastico DSA e/o con il pediatra e decidere di richiedere una valutazione clinica per accertare l'eventuale presenza di Disturbi Specifici dell'Apprendimento.

### **Finalità**

Nell'Accordo Stato Regioni del 25.07.2012 "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e nella Legge n. 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico", sono stati definiti i criteri qualitativi per l'individuazione dei soggetti abilitati al rilascio della prima certificazione diagnostica dei DSA.

Il presente AVVISO dà attuazione ad un percorso specifico volto a garantire la diagnosi tempestiva dei DSA da parte di soggetti privati non accreditati.

La finalità del presente AVVISO è la costituzione nell'ATS di un elenco aggiornato, a valore regionale, in cui vengono iscritte le équipe private autorizzate ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, valido ai fini scolastici secondo quanto previsto dalla Legge n. 170/2010 e per garantire pari opportunità ai soggetti con diagnosi DSA nelle procedure di concorso regionale come da art. 6 della Legge Regionale n. 17 del 29.10.2019. A tal fine si applicano le indicazioni della procedura prevista dal presente AVVISO e dalle seguenti note regionali:

- prot. n. G1.2025.0015002 del 10.04.2025 "Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) – Aggiornamento modulistica";
- prot. n. G1.2025.0015213 dell'11.04.2025 "Modulistica relativa alle équipe private DSA per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e Legge regionale n. 17/2019);
- prot. n. G1.2026.0016536 del 17.04.2026 "Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) – Aggiornamento modulistica".

### **Destinatari**

Enti e soggetti privati con personalità giuridica o professionisti in possesso dei requisiti richiesti per il rilascio di certificazioni utili per l'attivazione delle misure in presenza di diagnosi DSA ai sensi della Legge n. 170/2010 avente ad oggetto "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico" e l'Accordo Stato Regioni del 25.07.2012 "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)".

La domanda di autorizzazione da parte di équipe di nuova costituzione ad effettuare attività di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (tipologia A) e la domanda per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate (tipologia B) devono essere presentate dal:

- Legale Rappresentante Enti/soggetti privati con personalità giuridica
  - o
- Professionista Referente dell'équipe.

### **Requisiti indispensabili per la partecipazione**

a) Presenza di una équipe multidisciplinare costituita da:

- Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'adolescenza
- Psicologo
- Logopedista

Nel caso di valutazione e prima diagnosi a favore di soggetti adulti, la figura del neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza è sostituita da quella del neurologo o di altro specialista medico formato in modo specifico sull'argomento (Consensus Conference del 2010).

b) Iscrizione all'Ordine professionale per i neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza/neurologi o altro specialista; iscrizione all'Albo A dell'Ordine

professionale per gli psicologi; iscrizione all'Ordine TSRM-PSTRP Albo professionale per i logopedisti.

c) Documentato possesso, da parte di tutti i professionisti componenti l'équipe, dei previsti livelli minimi di formazione teorica e competenza specifica acquisita sul campo, come di seguito precisato:

- formazione teorica sui DSA di almeno 140 ore + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 300 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA;

**o in alternativa**

- formazione sui DSA di almeno 50 ore + competenza acquisita sul campo attraverso almeno 1500 ore impegnate nella gestione di percorsi diagnostici - terapeutici - riabilitativi di utenti con DSA.

Per la formazione teorica si specifica che:

- ✓ per la figura del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, verranno riconosciuti i percorsi formativi svolti durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPIA o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per la figura dello Psicologo, in attuazione della Legge n. 163/2021, verranno riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per la figura del Logopedista le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario, con acquisizione del titolo abilitante della laurea ed iscrizione all'Ordine professionale. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/ scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella

tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);

- ✓ per tutte le figure professionali l'attività di formazione effettuata in qualità di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA;
- ✓ i corsi/seminari, con contenuti specifici sulla tematica DSA, per essere computati nella formazione teorica devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa;
- ✓ le formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate;
- ✓ per il riconoscimento delle ore computabili come formazione teorica, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

Per la competenza acquisita sul campo si specifica che:

- ✓ per la figura del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo maturati durante la frequenza della Scuola di Specialità in NPIA dal secondo anno (Legge n. 60 del 25.06.2019, conversione in legge del cosiddetto "Decreto Calabria" – Decreto Legge n. 35 del 30.04.2019, Legge n. 87 del 03.07.2023) o successivamente. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per la figura dello Psicologo verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo svolti successivamente all'acquisizione del titolo abilitante con il conseguimento della laurea magistrale. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);

- ✓ per la figura del Logopedista i percorsi di competenza acquisita sul campo possono essere conteggiati solo se successivi all'acquisizione del titolo abilitante della laurea ed iscrizione all'Ordine professionale. Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella specifica presente nella Modulistica integrativa (Modulo 1.1 o Modulo 2.1);
- ✓ per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA;
- ✓ per il riconoscimento delle ore, i professionisti devono disporre delle dichiarazioni redatte dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività sul campo, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

d) Possesso di titolo autorizzativo (SCIA/autorizzazione sanitaria/comunicazione di inizio attività di Studio Professionale) per tutte le sedi di svolgimento delle attività per il rilascio delle certificazioni indicate.

Si precisa che i professionisti che prestano la loro attività **in regime di esclusività** presso strutture pubbliche del SSN **non** possono svolgere attività di prima certificazione DSA nell'ambito di équipe di cui al presente AVVISO, fermo restando quanto stabilito dalla vigente normativa in materia e dalle disposizioni contrattuali.

### **Termini e modalità di presentazione della domanda**

**Per l'anno 2026** il periodo di presentazione delle istanze di autorizzazione di équipe di nuova costituzione e per l'inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzata è compreso tra il 01.05.2026 ed il 31.05.2026.

La richiesta va presentata utilizzando esclusivamente il *fac-simile* di domanda e i moduli allegati al presente AVVISO 2026 e pubblicati sul sito di ATS.

**La domanda dovrà pervenire in un unico invio, secondo la modalità sottoindicata.**

Come da *fac-simile* nella domanda dovranno essere indicati:

- i dati identificativi dell'équipe da pubblicare sul sito di ATS Brescia
- la sede ove viene conservata la documentazione relativa ai componenti dell'équipe e la documentazione clinica.

Si specifica che, se la sede operativa dell'équipe di nuova costituzione non è unica, dovranno essere riportati i dati dei singoli professionisti relativi alle sedi degli studi professionali/strutture sanitarie in cui operano, oltre al recapito telefonico ed agli indirizzi mail.

I requisiti autocertificati nella modulistica da allegare alla domanda devono trovare corrispondenza con quanto dichiarato nel CV.

Le domande, a pena di esclusione, dovranno essere inviate a:

**Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia** all'indirizzo PEC [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)  
**entro il termine di scadenza dell'AVVISO: 31.05.2026.**

ATS di Brescia non si assume responsabilità per dispersione, smarrimento, mancato recapito, disguidi o altri eventi analoghi dovuti a fatto di terzi, a caso fortuito o di forza maggiore.

### **Istruttoria e criteri valutazione istanze**

La domanda dovrà essere redatta sulla modulistica allegata al presente AVVISO in modo completo e conforme.

### **Non sarà ritenuta ammissibile la domanda:**

- inviata ad indirizzo PEC diverso da quello previsto dal presente AVVISO;
- inviata ad indirizzo PEC oltre i termini indicati nell'AVVISO;
- priva della firma, in autografo o digitale;
- priva del documento d'identità, ove la firma sia autografa. In caso di firma digitale, il suddetto documento non è richiesto.
- non completa in tutte le sue parti e di tutti gli allegati previsti dalla stessa.

### **Non sarà ritenuta inoltre ammissibile la domanda con modulistica allegata:**

- priva della firma in autografo o digitale;
- diversa da quella allegata al presente AVVISO;
- con Curricula Vitae, privi delle seguenti dichiarazioni debitamente sottoscritte:
  - il sottoscritto .....dichiara che le informazioni rese, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sono veritiere e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;
  - il sottoscritto ....., ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/2003 e ai sensi dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali", autorizza ATS di Brescia al trattamento dei dati personali.

Si precisa che, in caso di domanda relativa al singolo professionista che presenta gli elementi di inammissibilità sopra elencati, l'inammissibilità è applicata al singolo componente a cui la documentazione carente si riferisce.

Laddove l'esclusione di tale componente determina l'assenza di una figura professionale obbligatoria, l'intera équipe non verrà autorizzata.

La valutazione delle domande pervenute sarà effettuata da apposita Commissione di valutazione nominata da ATS e istituita così come previsto dalle indicazioni regionali.

La Commissione garantirà uniformità ed omogeneità nella valutazione del possesso dei requisiti di formazione teorica e competenza acquisita sul campo così come dichiarati dai singoli professionisti. È facoltà della Commissione preposta richiedere documentazione integrativa nella fase di valutazione dei suddetti requisiti.

### **Modalità di comunicazione degli esiti della valutazione**

A conclusione dell'iter valutativo da parte della Commissione di valutazione, ATS, con specifico atto deliberativo, provvederà ad aggiornare l'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (inserimento nuove équipe, inserimento di nuovi professionisti in équipe già autorizzate), con successiva pubblicazione sul sito web dell'Agenzia:

- sezione cittadini

<https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento-dsa>

- sezione operatori

<https://www.ats-brescia.it/disturbo-specifico-dell-apprendimento>

L'elenco delle équipe autorizzate ha validità su tutto il territorio regionale.

Di seguito ATS provvederà - tramite PEC - a comunicare al Legale Rappresentante/Referente dell'équipe l'esito della valutazione effettuata dalla Commissione preposta.

### **Flusso Informativo**

Il Legale Rappresentante/Referente delle équipe autorizzate è tenuto a verificare direttamente la correttezza e completezza dei riferimenti pubblicati e a segnalare eventuali errori o inesattezze ad ATS.

Eventuali variazioni nella composizione dell'équipe autorizzate (inserimenti di professionisti già autorizzati, dimissioni, ecc.) e/o nei riferimenti delle stesse (sede operativa dell'équipe, recapiti telefonici, ecc.) dovranno essere comunicati entro 30 gg. dalla data della variazione all'indirizzo PEC: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

Il Legale rappresentante/Referente dell'équipe autorizzata è tenuto a trasmettere annualmente i dati di monitoraggio richiesti dalla Direzione Generale Welfare sull'attività svolta mediante la compilazione di specifica scheda di monitoraggio dati e la conseguente restituzione ad ATS all'indirizzo PEC: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it) entro la scadenza prevista.

Si sottolinea che il monitoraggio dell'attività di prima certificazione diagnostica DSA costituisce un'importante rilevazione ai fini dell'aggiornamento della mappa regionale del bisogno e dell'offerta utile ai fini programmatori.

### **Trattamento dei dati personali**

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. n. 196/2003 come modificato dal D. Lgs. n. 101/2018, si informa che i dati personali forniti dai richiedenti sono trattati da ATS Brescia in qualità di titolare del trattamento.

I dati personali sono utilizzati da ATS per le sole finalità individuate dalla Legge n. 170 dell'08.10.2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico" e dall'Accordo Stato Regioni del 25.07.2012 "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)".

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE con le modalità contenute nel Regolamento di ATS reperibile al link <https://www.ats-brescia.it/esercizio-diritti-interessati-privacy>.

La documentazione prevista dal presente AVVISO è costituita da:

**A) ÉQUIPE DI NUOVA COSTITUZIONE (Allegato A.1):**

- ✓ modulo 1\_ Domanda di équipe DSA di nuova costituzione;
- ✓ modulo 1.1\_ Modulistica integrativa per Domanda di équipe DSA di nuova costituzione, Allegato Formazione e Allegato Competenze;
- ✓ modulo 3.1\_ Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati;

**B) NUOVI PROFESSIONISTI IN ÉQUIPE GIA' AUTORIZZATE (Allegato A.2):**

- ✓ modulo 2\_ Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i;
- ✓ modulo 2.1\_ Modulistica integrativa per Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i, Allegato Formazione e Allegato Competenze.

**Per eventuali informazioni e chiarimenti:**

✉ [famiglia@ats-brescia.it](mailto:famiglia@ats-brescia.it)

☎ 030/3839020 030/3839045 030/3839061

🌐 sito web ATS Brescia sezione [Operatori](#)

Firmato digitalmente  
Il Direttore Generale  
Dott. Claudio Vito Sileo  
CLAUDIO VITO SILEO  
27.04.2026 11:59:18 GMT+01:00

Allegati:

**Allegato A.1** - Domanda équipe di nuova costituzione (composto da n. 12 pagine) comprendente il Modulo 1 - "Domanda di équipe DSA di nuova costituzione", il Modulo 1.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di équipe DSA di nuova costituzione, Allegato Formazione e Allegato Competenze" e il Modulo 3.1 - "Dichiarazione sostitutiva atto notorio per professionisti già autorizzati".

**Allegato A.2** - Domanda Nuovi Professionisti in équipe già autorizzate (composto da n. 8 pagine) comprendente il Modulo 2 - "Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i" e il Modulo 2.1 - "Modulistica integrativa per Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per l'inserimento di nuovo/i professionista/i, Allegato Formazione e Allegato Competenze".

All'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia  
 Dipartimento PIPSS  
 Pec: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

**Domanda di équipe DSA di nuova costituzione per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e della Legge Regionale n. 17/2019)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

in qualità di:

Rappresentante Legale dell'Ente \_\_\_\_\_ (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)

Referente dell'équipe DSA \_\_\_\_\_ (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

**Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2026 approvato da ATS Brescia**

**CHIEDE**

di autorizzare l'équipe di seguito riportata ai fini dell'iscrizione nell'elenco dei soggetti autorizzati alla prima certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento, secondo quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni del 25.07.2012 su "Indicazioni per la diagnosi e certificazione dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA)" e dalla Legge n. 170/2010 "Nuove norme in materia di Disturbi Specifici di Apprendimento in ambito scolastico".

A tal fine dichiara:

- 1) 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. n. 445 del 28.12.2000, nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000;
- 2) che dell'équipe multidisciplinare faranno parte i seguenti professionisti:  
*(è possibile inserire più nominativi per la stessa professione)*

**Logopedista**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo dell'Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo dell'Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**Psicologo**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo A dell'Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

solo per certificazioni di adulti:

**Neurologo/altro specialista Medico**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_ Iscrizione Albo dell'Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

3) che l'équipe multidisciplinare intende operare nel territorio della ATS \_\_\_\_\_

4) che il professionista (nome e cognome) \* \_\_\_\_\_  
 \* parte da compilare per ogni professionista interessato

è componente di altra équipe di **nuova** costituzione che ha contestualmente presentato istanza di autorizzazione all'attività di prima certificazione presso l'ATS di \_\_\_\_\_;  
 è componente di équipe **già autorizzata** all'attività di prima certificazione presso l'ATS di \_\_\_\_\_  
 équipe n. \_\_\_\_\_ denominazione \_\_\_\_\_

5) di impegnarsi a rispettare le Raccomandazioni per la pratica clinica dei DSA (2007-2009) e il relativo aggiornamento, nonché i risultati della *Consensus Conference* dell'Istituto Superiore di Sanità, in merito:

- alle procedure diagnostiche utilizzate, e più precisamente: alla ricerca dei criteri di inclusione e di esclusione, alla adeguata misurazione delle competenze cognitive, alla rilevazione delle competenze specifiche e delle competenze accessorie necessarie alla formulazione del profilo del disturbo;
- alla formulazione della relazione diagnostica in modo che essa contenga gli elementi necessari per poter verificare l'esistenza dei criteri previsti per la diagnosi di DSA;
- alla multidisciplinarietà;

6) di impegnarsi ad utilizzare il modulo "Aggiornamento del profilo funzionale e delle indicazioni di intervento in presenza di DSA", trasmesso con nota regionale prot. n. G1.2025.0015002 del 10.04.2025 "Attività di prima certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento (DSA) - Aggiornamento modulistica", disponibile sul sito di ATS Brescia. Nello stesso va riportato, oltre al nome e al rispettivo numero di iscrizione all'Ordine professionale del Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza o Psicologo referente che lo firma, anche i nominativi ed il rispettivo numero di iscrizione all'Ordine professionale di tutte le figure professionali che compongono l'équipe e che, insieme al firmatario, si assumono la responsabilità della valutazione diagnostica;

7) di impegnarsi ad informare gli utenti e le loro famiglie circa le modalità del percorso diagnostico necessario per giungere a una prima certificazione, come indicato nelle "Linee Guida esplicative del percorso di prima certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento per la scuola, per le famiglie e per i professionisti" trasmesse con nota prot. n. G1.2015.0022094 del 23.12.2015;

8) di allegare il Protocollo descrittivo delle modalità con cui l'équipe collabora nell'effettuare il percorso diagnostico e l'attività di prima certificazione nonché della composizione del pacchetto base di prestazioni erogate ai fini della certificazione, compresi i costi minimi e massimi riferiti al percorso, garantendone la trasmissione ad ATS in caso di variazioni;

9) di impegnarsi a trasmettere ad ATS:

- ogni variazione in riferimento all'équipe utilizzando i Moduli disponibili sul sito ATS;
- fornire nei tempi e con le modalità indicati da ATS i dati relativi al flusso informativo di rendicontazione annuale dell'attività, concordato con la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia.

Di seguito si indicano i **dati identificativi dell'équipe**:

Équipe/centro DSA:

nome identificativo dell'équipe/centro DSA \_\_\_\_\_

Referente dell'équipe

nome e cognome \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

Sede in cui viene conservata la documentazione clinica e relativa all'équipe:

via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

Sede operativa di riferimento: \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

località \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

Se la sede operativa dell'équipe di nuova costituzione non è unica, riportare i dati riferiti alle sedi degli studi professionali/strutture sanitarie in cui operano i singoli professionisti.

Professionista:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Studio Professionale/Struttura Sanitaria:

via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

(da compilarsi per ogni singola professionista che non opera presso la sede operativa di riferimento dell'équipe)

Allega alla presente domanda come parte integrante della stessa, a pena di esclusione, i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'équipe DSA in caso di firma autografa. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla domanda.
- 2) **Curriculum Vitae** dei singoli componenti dell'équipe non ancora autorizzati (autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali): totale allegati n. \_\_\_\_\_;
- 3) **Modulistica integrativa** relativa ai componenti dell'équipe non ancora autorizzati (Modulo 1.1. allegato): totale allegati n. \_\_\_\_\_;
- 4) **Dichiarazione sostitutiva** atto notorio del/i professionista/i già autorizzato/i in altra équipe (Modulo 3.1 allegato); totale allegati n. \_\_\_\_\_;
- 5) **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità di tutti i componenti dell'équipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (CV, Mod. 1.1., Mod. 2.1, Mod. 3.1) ad essi riferita in autografo. Il documento non è richiesto se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione: totale allegati n. \_\_\_\_\_;
- 6) **Protocollo** di cui al punto 9) come dettagliato.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14

del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: *Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15*; Posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it); Posta elettronica certificata (PEC): [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it). I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it) o al seguente indirizzo PEC: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it).

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

\_\_\_\_\_

**MODULISTICA INTEGRATIVA****(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'équipe)**

In merito alla domanda per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e della Legge Regionale n.17/2019) relativa all'équipe/centro DSA \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2026 approvato da ATS Brescia**

**AUTOCERTIFICA**

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica acquisita sul campo sui DSA", 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 confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo professionale:

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

Specialità (*indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA*) \_\_\_\_\_

degli Psicologi di \_\_\_\_\_ all'Albo A in data \_\_\_\_\_

dei TSRM PSTRP - Albo 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 ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;

5. che svolgerà l'attività **oggetto del presente avviso** presso:

lo Studio Professionale sito a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

per il quale è stata già presentata la "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

ovvero

la Struttura Sanitaria denominata \_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_

già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. \_\_\_\_\_

*(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)*

6. di aver preso visione e condividere il Protocollo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e la composizione del pacchetto base adottato dall'équipe.

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

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it); Posta elettronica certificata (PEC): [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it). I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it) o al seguente indirizzo PEC: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA**

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA ACQUISITA SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA QUALE COMPONENTE DELL'ÉQUIPE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA****• di aver effettuato:**

□ **Formazione teorica** sui DSA di almeno **140 ore\*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno **300 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.  
o in alternativa

□ **Formazione teorica** sui DSA di almeno **50 ore\*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno **1.500 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA

**• di aver svolto** la formazione teorica di cui al punto precedente con i corsi/seminari così come specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

<b>Titolo corso/seminario**</b>	<b>Ente organizzatore***</b>	<b>Data/periodo di effettuazione</b>	<b>Numero ore da computare ai fini DSA****</b>	<b>Eventuali note</b>

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

\* Per il computo delle ore previste per la formazione teorica DSA si specifica che:

- ✓ per la figura del **Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPIA.
- ✓ Per la figura dello **Psicologo**, in attuazione della L. 163/2021 possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia.
- ✓ Per la figura del **Logopedista** le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio.
- ✓ Per tutte le figure l'attività di formazione effettuata in veste di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA.
- ✓ Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata.

\*\* I corsi/seminari devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecniche Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa con contenuti specifici sulla tematica DSA. Le

formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate.

\*\*\* 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

\*\*\*\* Per il riconoscimento delle ore computabili come formazione, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

**COMPETENZA ACQUISITA SUL CAMPO CON UTENTI CON DSA****LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI COMPETENZA SPECIFICA ACQUISITA SUL CAMPO SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE QUALE COMPONENTE DELL'ÉQUIPE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA****• di aver effettuato:**

- Competenza acquisita** sul campo attraverso almeno **300 ore\*** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA + Formazione teorica sui DSA di almeno **140 ore** o in alternativa
- Competenza acquisita** sul campo attraverso almeno **1.500 ore\*** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA + Formazione teorica sui DSA di almeno **50 ore**

**• di aver svolto** l'attività sul campo così come specificata nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata

Ente/Struttura**	Periodo	Numero ore da computare ai fini DSA ***	Eventuali note

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

\* Per il computo delle ore previste per la competenza DSA acquisita sul campo si specifica che:

- ✓ per la figura del **Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo maturati durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPI dal secondo anno (Legge n. 60 del 25.06.2019, conversione in legge del cosiddetto "*Decreto Calabria*" - Decreto legge n. 35 del 30.04.2019, L. n. 87 del 03.07.2023,) o successivamente.
- ✓ Per la figura dello **Psicologo** verranno riconosciuti i percorsi di competenza acquisita sul campo svolti successivamente all'acquisizione del titolo abilitante con il conseguimento della laurea magistrale ed iscrizione all'Albo A.
- ✓ Per la figura del **Logopedista** i percorsi di competenza acquisita sul campo possono essere conteggiati solo se successivi all'acquisizione del titolo abilitante della laurea ed iscrizione all'ordine professionale.
- ✓ Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata
- ✓ Per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA.

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

\*\*\* Per il riconoscimento delle ore, i professionisti devono disporre delle dichiarazioni redatte dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività sul campo, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

**All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 1.1. viene firmato digitalmente.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
**RELATIVA ALLA DOMANDA DI INTEGRAZIONE DELLA COMPOSIZIONE DI EQUIPE PRIVATA**  
**AUTORIZZATA PER PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DSA**  
**(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cell \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_,  
pec \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi contenenti dati non più rispondenti a verità,

DICHIARA

1. di essere **già autorizzato** all'attività di prima certificazione diagnostica del Disturbo Specifico dell'Apprendimento (DSA) in quanto

*(barrare la casistica corrispondente):*

**componente di équipe DSA Privata autorizzata** denominata \_\_\_\_\_ n. identificativo \_\_\_\_\_  
con sede a \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

*(indicare tutte le équipe nell'ambito delle quali si svolge/si è svolto attività di prima certificazione DSA)*

**in quiescenza pensione da precedente rapporto** di dipendenza presso servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza pubblico/privato accreditato

denominazione Ente: \_\_\_\_\_ Servizio/UO: \_\_\_\_\_

indirizzo Ente: \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

nel periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

*(da compilare per ogni Ente presso il quale si è prestato servizio di attività di prima diagnosi DSA);*

2. di confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo Professionale:  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_ effettuata in data \_\_\_\_\_  
Specialità \_\_\_\_\_  
 degli Psicologi di \_\_\_\_\_ all'Albo A effettuata in data \_\_\_\_\_  
 dei TSRM PSTRP - Albo Logopedisti di \_\_\_\_\_ effettuata in data \_\_\_\_\_

3. che svolgerà l'attività **oggetto della presente richiesta** presso:  
lo Studio Professionale sito a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
per il quale è stata già presentata la "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

ovvero

la Struttura Sanitaria denominata \_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. \_\_\_\_\_  
(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

4. di non avere in atto alcun rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione professionale incompatibile con la presente dichiarazione;
5. di aver preso visione e di condividere il protocollo operativo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione ed alla composizione del pacchetto base, adottato dall'équipe in cui chiede di essere inserito.

Il sottoscritto prende atto che ogni comunicazione relativa alla domanda di integrazione di equipe privata autorizzata per prima certificazione diagnostica DSA, di cui la presente dichiarazione fa parte, verrà effettuata unicamente attraverso la PEC del referente/Legale Rappresentante dell'Equipe.

Il sottoscritto prende altresì atto che i dati relativi alla sede di cui al punto 3 saranno pubblicati sul sito di ATS Brescia.

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15; Posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it); Posta elettronica certificata (PEC): [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it). I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it) o al seguente indirizzo PEC: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_

**All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 3.1 viene firmato digitalmente.**

All'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia  
 Dipartimento PIPSS  
 Pec: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it)

**Domanda di integrazione della composizione dell'équipe DSA già autorizzata per prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e Legge Regionale n. 17/2019) per l'inserimento di nuovo/i professionista/i**

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

Rappresentante Legale dell'Ente \_\_\_\_\_ (in caso la richiesta sia presentata da un Ente)  
 Referente dell'équipe DSA \_\_\_\_\_ (in caso la domanda sia presentata da singoli professionisti costituenti l'équipe o professionisti associati)

**Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2026 approvato da ATS Brescia in relazione**

all'Équipe \_\_\_\_\_ (indicare nome e identificativo), composta da:

**Logopedista**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**Psicologo**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo A Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

solo per certificazioni di adulti:

**Neurologo/altro specialista Medico**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

**CHIEDE**

di inserire il/i seguente/i nuovo/i professionista/i:  
 (è possibile inserire più nominativi per la stessa professione)

**Logopedista:** Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo dell'Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

- in integrazione ai componenti l'équipe
- in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

**Neuropsichiatra dell'infanzia e dell'Adolescenza:** Nome Cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

- in integrazione ai componenti l'équipe
- in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

**Psicologo:** Nome cognome \_\_\_\_\_ Iscrizione all'Albo A Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

in integrazione ai componenti l'équipe

in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

**solo per certificazioni di adulti:**

**Neurologo/altro specialista Medico:** Nome Cognome \_\_\_\_\_ Specialità \_\_\_\_\_ Iscrizione Ordine professionale n. \_\_\_\_\_ del gg/mm/aaaa

in integrazione ai componenti l'équipe

in sostituzione del componente dell'équipe Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ e ne richiede contestualmente la cancellazione dall'équipe

Allega alla presente domanda - come parte integrante della stessa - i seguenti documenti:

- 1) **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità del richiedente Rappresentante Legale dell'Ente/Referente dell'équipe DSA in caso di firma autografa. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla domanda.
- 2) **Curriculum Vitae del/i nuovo/i professionista/i non ancora autorizzato/i** (autocertificato ai sensi del D.P.R. 445/2000 e completo di autorizzazione al trattamento dei dati personali): totale allegati n. \_\_\_\_\_;
- 3) **Modulistica integrativa** relativa ai componenti dell'équipe non ancora autorizzati (Modulo 2.1. allegato): totale allegati n. \_\_\_\_\_;
- 4) **Fotocopia** di un documento di identità in corso di validità dei nuovi componenti dell'équipe, in caso gli stessi abbiano firmato la documentazione (CV, Mod. 2.1,) ad essi riferita in autografo. Il documento non è da allegare se viene apposta la firma digitale sulla citata documentazione. totale allegati n. \_\_\_\_\_;

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: *Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15*; Posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it); Posta elettronica certificata (PEC): [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it). I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it) o al seguente indirizzo PEC: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it).

Data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
(Rappresentante Legale Ente o Referente Équipe)

**MODULISTICA INTEGRATIVA****(da compilarsi a cura di ciascun nuovo professionista dell'équipe)**

In merito alla domanda per l'inserimento nell'elenco dei soggetti autorizzati ad effettuare attività di prima certificazione diagnostica di DSA (ai sensi della Legge n. 170/2010 e della Legge Regionale n.17/2019) relativa all'équipe/centro DSA \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**Letto e preso atto di quanto contenuto nell'Avviso per l'anno 2026 approvato da ATS Brescia**

## AUTOCERTIFICA

il contenuto del presente modulo e dei due Allegati "Formazione teorica sui DSA", e "Competenza specifica sui DSA acquisita sul campo", 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 confermare il mantenimento dell'iscrizione all'Ordine/Albo professionale:  
 dei Medici di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 Specialità (*indicare soltanto in caso di certificazione adulti DSA*) \_\_\_\_\_  
 degli Psicologi di \_\_\_\_\_ all'Albo A in data \_\_\_\_\_  
 dei TSRM PSTRP - Albo 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 ATS l'eventuale instaurarsi di un rapporto di lavoro con il SSN, specificando se in regime di esclusività;
5. che svolgerà l'attività **oggetto del presente avviso** presso:  
 lo Studio Professionale sito a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
 per il quale è stata già presentata la "Comunicazione di Inizio Attività" ad ATS \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 ovvero  
 la Struttura Sanitaria denominata \_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_,

Allegato A.2 "Nuovi professionisti in Équipe già autorizzata - Modulo 2.1"

telefono \_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_  
già in possesso di autorizzazione sanitaria/SCIA - rif. n. \_\_\_\_\_

(in caso di attività svolta in più sede, inserire i dati per ciascuna sede)

6. di aver preso visione e condividere il Protocollo relativo all'iter valutativo per il rilascio della prima certificazione e la composizione del pacchetto base adottato dall'équipe.

7. di aver contestualmente presentato istanza di autorizzazione allo svolgimento dell'attività di prima certificazione presso l'ATS di \_\_\_\_\_

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

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, particolari e/o relativi a condanne penali e reati) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia. L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia all'indirizzo <https://www.ats-brescia.it/informativa-privata-1>. I dati di contatto del Titolare sono i seguenti: sede: *Brescia, Viale Duca degli Abruzzi n. 15*; Posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it); Posta elettronica certificata (PEC): [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it). I dati del Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati individuato dal Titolare sono rinvenibili sul sito web istituzionale del Titolare del trattamento ed è reperibile presso la sede del Titolare in Viale Duca degli Abruzzi, 15, Brescia. In caso di istanze/comunicazioni scritte da inviarsi in modalità digitale, il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati può essere contattato al seguente indirizzo di posta elettronica: [privacy.RPD@ats-brescia.it](mailto:privacy.RPD@ats-brescia.it) o al seguente indirizzo PEC: [protocollo@pec.ats-brescia.it](mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it).

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

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

**FORMAZIONE TEORICA SUI DSA**

**LIVELLI MINIMI RICHIESTI DI FORMAZIONE TEORICA ACQUISITA SUI DSA PER OTTENERE L'AUTORIZZAZIONE ALLA PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA QUALE COMPONENTE DELL'ÉQUIPE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**• di aver effettuato:**

- Formazione teorica** sui DSA di almeno **140 ore\*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno **300 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici riabilitativi di utenti con DSA.

o in alternativa

- Formazione teorica** sui DSA di almeno **50 ore\*** + competenza acquisita sul campo attraverso almeno **1.500 ore** impegnate nella gestione di percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi di utenti con DSA

**• di aver svolto** la formazione teorica di cui al punto precedente con i corsi/seminari così come specificati nel Curriculum Vitae e nella tabella di seguito riportata:

<b>Titolo corso/seminario**</b>	<b>Ente organizzatore***</b>	<b>Data/periodo di effettuazione</b>	<b>Numero ore da computare ai fini DSA****</b>	<b>Eventuali note</b>

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Note:

\* Per il computo delle ore previste per la formazione teorica DSA si specifica che:

- ✓ per la figura del **Neuropsichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, avendo già acquisito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo con il conseguimento della laurea specialistica in Medicina e Chirurgia, possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti durante la frequenza alla Scuola di Specialità in NPIA.
- ✓ Per la figura dello **Psicologo**, in attuazione della L. 163/2021 possono essere riconosciuti i percorsi formativi svolti nel corso del tirocinio pratico valutativo (TPV) effettuato per il conseguimento della laurea magistrale in Psicologia.
- ✓ Per la figura del **Logopedista** le ore di formazione teorica possono essere conteggiate solo a conclusione del percorso universitario. Nel computo delle ore di formazione teorica, possono rientrare fino al massimo del 25% delle ore totali i corsi di perfezionamento/scuole di specializzazione relativi a disturbi primari del linguaggio.
- ✓ Per tutte le figure l'attività di formazione effettuata in veste di docente può essere considerata nel computo delle ore di formazione teorica soltanto se specifica sui DSA.
- ✓ Per il relativo riconoscimento e verifica del possesso delle ore richieste, come sopra dettagliate, il professionista dovrà inserire le relative informazioni sia nel CV, sia nella tabella sopra riportata.

\*\* I corsi/seminari devono essere accreditati con ECM/riconosciuti dagli Ordini professionali della figura di riferimento o dalle Associazioni Tecnico Scientifiche riconosciute dal Ministero e devono essere forniti da ente riconosciuto per l'erogazione di attività formativa con contenuti specifici sulla tematica DSA. Le

Allegato A.2 "Nuovi professionisti in Équipe già autorizzata - Modulo 2.1"

formazioni svolte da studi/centri privati non riconosciuti per l'erogazione di attività formativa pertanto non verranno considerate.

\*\*\* 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. n. 445/2000

\*\*\*\* Per il riconoscimento delle ore computabili come formazione, i professionisti devono disporre degli attestati redatti dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività formativa, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.



Allegato A.2 "Nuovi professionisti in Équipe già autorizzata - Modulo 2.1"

✓ Per tutte le figure la competenza acquisita sul campo effettuata in modalità di frequentazione volontaria può essere considerata nel computo delle ore soltanto se specifica sui DSA.

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

\*\*\* Per il riconoscimento delle ore, i professionisti devono disporre delle dichiarazioni redatte dall'Ente/Struttura in cui hanno effettuato l'attività sul campo, che attestino lo svolgimento di attività specifiche in ambito dei DSA da produrre in caso di richiesta da parte di ATS in fase di istruttoria.

**All.: Fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità, in caso di firma autografa. Non allegare documento se il Mod. 2.1. viene firmato digitalmente.**

## Contrassegno Elettronico



**TIPO CONTRASSEGNO** QR Code

**IMPRONTA DOC** EDF4A83A2AE78FE590E56AE93F268B1C234F4A4A6F6A59C192A3C9F02B3229F8

**Firme digitali presenti nel documento originale**

Firma in formato pdf: CLAUDIO VITO SILEO

**Dati contenuti all'interno del Contrassegno Elettronico**

Numero Protocollo 0042005/26

Data Protocollo 27/04/2026

Primo Destinatario (Comp.) SC AFFARI GENERALI E LEGALI

Oggetto AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVITA' DI PRIMA CERTIFICAZIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO (DSA) VALIDA SECONDO QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE N. 170/2010, DALL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 25.07.2012 E DALLA LEGGE REGIONALE N. 17/2019.

**Credenziali di Accesso per la Verifica del Contrassegno Elettronico**

**URL** <https://protocollo.ats-brescia.it/PortaleGlifo/>

**IDENTIFICATIVO** AT SBS-XYGTR-705907

**PASSWORD** V8YhZ

**DATA SCADENZA** 27-05-2026

Ai sensi dell'art. 23 comma 2-bis del CAD (DLgs 82/2005 e ss.mm.ii.), si attesta che il presente documento, estratto in automatico dal sistema di gestione documentale è conforme al documento elettronico originale.

**Scansiona il codice a lato per verificare il documento**

