



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Dipartimento Salute Mentale
Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
Coordinatore Settore NPIA : Dr. Paolo Stagi
Direttore Struttura Complessa Modena Centro Nord : Dr. Paolo Stagi
Direttore Struttura Complessa Modena Sud : Dr. Paolo Soli

Domanda per la Conformità di Diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA)

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ CAP _____
in via _____ C.F. _____
tel. _____ cell. _____

in qualità di genitore del minore:

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ il _____
residente a _____
frequentante la classe _____ della scuola _____

AUTORIZZA

che la documentazione clinico - diagnostica rilasciata dal professionista privato dott./dott.ssa Medico/Psicologo

riguardante la diagnosi di disturbo specifico di apprendimento DSA come definito dalla Legge 170/2010, relativa al figlio minore, venga trasmessa al gruppo di conformità della AUSL di Modena istituito ai sensi della DGR 108/2010 e delle Circolari 8/2012, 10/2013 e 4/2015 per la convalida.

Firma del Genitore

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di Protezione dei Dati che i dati personali raccolti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento relativo alla convalida della diagnosi di DSA e che saranno trasmessi dal professionista privato alla AUSL di Modena – e viceversa – mediante l'utilizzo della PEC.

A tal proposito esprime il proprio consenso al trattamento dei dati e all'invio delle comunicazioni mediante tale strumento elettronico.

Firma del Genitore

Data _____
