

FORMAT DELLA DICHIARAZIONE DI POSSESSO DEI REQUISITI SOGGETTIVI DI CUI ALLA

D.G.R. n. 1584 DEL 25/11/2024

Art. 72 comma 4 legge regionale n. 32/2022 - Criteri e modalità di assegnazione del contributo alle spese

sanitarie sostenute dai cittadini con disturbi dello spettro autistico

(Dichiarazione sostitutiva di certificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____ in possesso della Cittadinanza
_____ residente a _____ in via _____ n° _____, recapito telefonico
_____ mail _____

Consapevole, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di fatti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità, in qualità di Professionista che può erogare le prestazioni/interventi ammessi al contributo in oggetto

DICHIARA

[la dichiarazione deve essere rilasciata da ciascun professionista che fa parte del Team Erogativo nei diversi ruoli, una per ciascun professionista]

In qualità di Professionista(Es.Psicologo, Terapista ecc.) _____:

☐ il possesso dei requisiti previsti dalla lettera a).b) e d) del Paragrafo C della DGR n° 1584/2024.

➤ Titolo di Studio e/o professionale comprovante la qualifica ricoperta _____;
➤ Iscrizione all'Albo Professionale _____;
➤ Comprovata Esperienza di cui al p.to terzo Paragrafo C lett. b della DGR
1584/2024 _____

➤ Partecipazione a percorso formativi di cui al p.to quarto Paragrafo C lett. b della DGR
1584/2024 _____

➤ Esperienza Professionale acquisita di cui al p.to quinto Paragrafo C lett. b della DGR
1584/2024 _____



[illegible]

- [illegible]

e/o in qualità di Supervisore:

☐ il possesso dei requisiti previsti dalla lettera c) e d) del Paragrafo C della DGR n° 1584/2024.

- [The page contains faint horizontal lines, suggesting it was part of a lined notebook or document.]*

Si allega documentazione inerente il possesso dei requisiti auto-dichiarati e il possesso dell'esperienza maturata di cui al Paragrafo C della DGR n. 1584/2024.

Firma e timbro _____



Il/I sottoscritto/i dichiarano:

Informativa Privacy:

- di aver ricevuto l'informativa ex art 13-14 del GDPR 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali - Informativa resa ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 679/2016 (General Data Protection Regulation) - i dati forniti saranno trattati dall'Azienda, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto ad accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa vigente, la cancellazione ed il blocco degli stessi.
- I Suoi dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i Suoi diritti di cui agli artt.15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI - Lungomare Starita 6, 70123 Bari) - email: dpo@asl.bari.it pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia all'apposita sezione "Privacy" del sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>.

_____, il _____

Data e Luogo _____

Firma del dichiarante

SI ALLEGA: Documento di riconoscimento del dichiarante

