



SEGNALAZIONE DI SOSPETTA ATTIVITA' ABUSIVA DELLA

PROFESSIONE DI _____

Spett. Ordine Professionale/Federazione Nazionale, evidenzio, per le opportune azioni di competenza, quanto segue:

in data/nel periodo _____
(indicare la data/il periodo in cui si sarebbero svolte le prestazioni abusive),

in _____

(denominazione e indirizzo della struttura nella quale si svolge la presunta attività abusiva che si intende segnalare),

da quanto ho avuto modo di apprendere (o per quanto mi ha riferito il/la Sig./Sig.ra _____), la persona qui di seguito indicata

(fornire nome e cognome della persona segnalata che si presume espletare attività abusiva, ivi comprese tutte le informazioni utili ad individuarla e a comprendere il suo ruolo all'interno della struttura),

svolge attività tipiche ed esclusive del professionista _____

abilitato, probabilmente senza essere in possesso di titolo abilitante, come prevede la normativa di riferimento:

(indicare che tipo di prestazione sanitaria ha effettuato e, se del caso, le prestazioni abusive sempre eseguite in altre occasioni e con altri pazienti: allegare eventuali dati che possano confermare il contenuto della segnalazione, per esempio biglietto da visita, foto, pubblicità, locandine ecc..., che riportano elementi utili ad individuare il soggetto segnalato),



descrivere come si è appreso dell'abuso

Sarà premura dell'Ordine, non appena ricevuta la segnalazione, attivare le azioni finalizzate al rispetto della normativa e, se del caso, a segnalare la situazione all'Autorità competente.

Si informa che sul sito della Federazione Nazionale Ordini TSRM e PSTRP, www.tsrp-pstrp.org, alla sezione "RICERCA ISCRITTI - AUN" è possibile verificare se il soggetto che ha espletato la prestazione sanitaria è iscritto all'albo professionale.

Il presente modulo potrà essere inviato a mezzo PEC all'Ordine TSRM PSTRP Torino-Aosta-Alessandria-Asti al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: torinoaostalessandriaasti@pec.tsrp.org.

Nome [1] _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Luogo e data _____

Firma _____

[1] i dati personali riportati sul presente modulo verranno trattati dall'Ordine al solo fine di riscontrare la segnalazione.
(Informativa privacy estesa pubblicata sul sito www.tsrp-pstrp-toaalat.org)