

SEGNALAZIONE DI SOSPETTA ATTIVITA' ABUSIVA DELLA PROFESSIONE DI

[indicare la professione interessata alla segnalazione]

Spett. Ordine TSRM PSTRP di Viterbo 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),

presso _____

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

la persona qui di seguito indicata

(fornire nome e cognome della persona segnalata che si presume che espleti 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 [indicare la professione interessata alla segnalazione] abilitato, probabilmente senza essere in possesso di titolo abilitante, come prevede la normativa di riferimento:

(indicare che tipo di prestazione 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 dell'Ordine TSRM PSTRP di Viterbo, www.tsrp-pstrp.viterbo.it alla sezione **“ricerca iscritti”** è possibile verificare se il soggetto, che ha espletato la prestazione, risulta iscritto a uno dei 61 ordini territoriali e a quale dei 19 albi professionali.

Il presente modulo potrà essere inviato mezzo posta elettronica all'indirizzo PEC dell'Ordine viterbo@pec.tsrp.org indicando nell'oggetto: **“segnalazione sospetto abuso di professione sanitaria”**.

Sono consapevole che la segnalazione che precede verrà trasmessa alle Autorità competenti.

Nome _____

Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____

Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Luogo e data _____

Firma _____