



Federazione
nazionale
Ordini dei
TSRM
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 01682270580

SEGNALAZIONE DI SOSPETTA ATTIVITA' ABUSIVA DELLA PROFESSIONE DI [indicare la professione interessata alla segnalazione]

(art. 348 c.p., art. 2 legge n. 43/2006 e DM [indicare il n. e l'anno del profilo professionale])

Spett. Ordine / Federazione nazionale TSRM PSTRP

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 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),



**Federazione
nazionale
Ordini dei
TSRM
e delle professioni
sanitarie tecniche,
della riabilitazione
e della prevenzione**

ISTITUITA AI SENSI DELLE LEGGI:
4.8.1965,n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3
C.F. 01682270580

descrivere come si è appreso dell'abuso

Sarà premura dell'Ordine / Federazione nazionale TSRM PSTRP, 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 dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, www.tsrn.org, alla sezione "RICERCA ISCRITTI" è possibile verificare se il soggetto che ha espletato la prestazione è iscritto a uno dei 19 albi professionali.

Il presente modulo potrà essere inviato mezzo posta elettronica all'indirizzo dell'Ordine competente per territorio (l'elenco degli indirizzi è presente alla pagina:

<https://webadmin.tsrnweb.it/Public/ListaEnti.aspx>.

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 _____