



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Ostetrico |
| <input type="checkbox"/> Droghiere | <input type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Podologo |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapista | <input type="checkbox"/> Massaggiatore medicale | <input type="checkbox"/> Psicoterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Optometrista | <input type="checkbox"/> Terapeuta naturalista |
| <input type="checkbox"/> Igienista dentale | <input type="checkbox"/> Osteopata | |

- Primo rilascio
- In possesso di un'autorizzazione in un altro Cantone

- Indichi l'autorizzazione all'esercizio della professione desiderata nonché il tipo di domanda e compili la presente domanda **in modo completo**.
- Controlli di aver allegato **la documentazione completa**. La documentazione può essere inoltrata in copia (Eccezione: Estratto del casellario giudiziale).
- Numeri la documentazione e inserisca i rispettivi numeri nella rubrica "Doc. n.". Formato A4, senza fermaglio/punto metallico.
- Sottoscriva la domanda e inoltri per posta l'originale unitamente alla documentazione completa, al più tardi 2 settimane (ma non più presto di 3 mesi) prima dell'inizio dell'attività, all'Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni (indirizzo: vedi intestazione).

Nota che:

- I documenti in lingua straniera devono essere tradotti in una lingua nazionale o in inglese e devono essere autenticati.
- L'esame della domanda è soggetto a tassa (secondo l'onere).
- Le ripetute richieste relative all'inoltro della documentazione sono soggette a tasse.
- Una domanda incompleta comporta un ritardo nell'esame della domanda
- L'inizio dell'attività prima del rilascio dell'autorizzazione, non è consentito e viene perseguito giuridicamente

Dati personali		Doc. n.
Nome cognome		
Via		
NPA, luogo		
Numero di telefono		
E-mail		
Data di nascita		
Nazionalità, attinenza ¹⁾		
GLN ²⁾		
Dottorato e altri titoli accademici	Se disponibile va allegata una copia della conferma del conferimento del titolo da parte dell'università. Senza la relativa documentazione, nell'ulteriore corrispondenza non verranno utilizzati titoli accademici.	

Indicazioni relative all'attività		
Rapporto di lavoro	<input type="checkbox"/> attività lucrativa indipendente <input type="checkbox"/> dipendente (rapporto d'impiego) ³⁾	
Quando inizierà la Sua attività?		
Dove eserciterà la Sua attività?	<input type="checkbox"/> in un ente pubblico (p. e. impiego in un ospedale) <input type="checkbox"/> in una clinica privata <input type="checkbox"/> nello proprio studio o in uno studio di gruppo <input type="checkbox"/> in una farmacia pubblica <input type="checkbox"/> altro Nome ⁴⁾ Indirizzo	
Forma giuridica dell'azienda ⁵⁾		
Indicazione per infermieri diplomati indipendenti	Informazioni per il diritto a contributi per infermieri diplomati indipendenti → www.gesundheitsamt.gr.ch / Bereiche / Aufsicht und Bewilligungen / Betriebe / Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung	

Questa rubrica deve essere compilata solo dai droghieri		Doc. n.
Assume la gerenza di una drogheria?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ⁶⁾	

Ulteriori indicazioni		Doc. n.
Curriculum vitae	Allegare il curriculum vitae aggiornato, schematico e completo	
Estratto del casellario giudiziale ⁷⁾	Solo per il primo rilascio di un'autorizzazione	
È sotto curatela?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, cognome, nome e indirizzo del curatore:	
Soffre di un'infermità fisica o psichica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, di quale?	
In quali Cantoni è in possesso di un'autorizzazione per l'esercizio della professione?	Indicare i Cantoni in cui è stata rilasciata un'autorizzazione ⁸⁾	
Ha un'autorizzazione per l'esercizio della professione in un altro Stato ?	<input type="checkbox"/> Sì, in quale Stato? ⁹⁾ <input type="checkbox"/> No (da compilare solo in caso di primo rilascio)	
Ha attualmente in corso una domanda di autorizzazione per l'esercizio della professione in un altro Cantone/Stato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì in quale Cantone/Stato?	
Le è stata negata, limitata o revocata l'autorizzazione in un altro Cantone/Stato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹⁰⁾ in quale Cantone/Stato?	
Le è stata rilasciata un'interdizione dell'esercizio della professione in un altro Cantone/Stato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹⁰⁾ in quale Cantone/Stato?	

Sono o erano in corso dei procedimenti nei Suoi confronti in un altro Cantone/Stato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹⁰⁾	
Competenze linguistiche	Prevalentemente in quale lingua è stata assolta la formazione o il perfezionamento? <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> romancio <input type="checkbox"/> altri ¹¹⁾	
Dispone di un'assicurazione di responsabilità civile professionale (somma assicurativa di almeno 3 milioni franchi svizzeri)?	<input type="checkbox"/> Sì, presso quale compagnia di assicurazioni? <input type="checkbox"/> No	

Questa rubrica è da compilare solo da persone che esercitano in nome e per conto proprio una delle seguenti professioni: dietista, ergoterapista, fisioterapista, infermiere, ostetrico, logopedista, podologo o psicoterapeuta.	Doc. n.
Autorizzazione dei fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie (AOMS)	
Intende fatturare le Sue prestazioni per conto proprio a carico della AOMS?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹²⁾

Indirizzo di fatturazione per la tassa d'autorizzazione (in caso di primo rilascio)		
Nome		
Indirizzo		
NPA, Luogo		

Dichiaro di aver compilato il presente modulo di domanda in modo veritiero e autorizzo inoltre il Servizio giuridico dell'Ufficio dell'igiene pubblica ad ottenere informazioni su di me da istituzioni che hanno emesso i miei diplomi, titoli o loro equivalenti, nonché datori di lavoro e autorità.

Luogo, data	Firma

Note / allegati:

- 1) Copia passaporto o carta d'identità
- 2) Global Location Nummer (GLN) secondo il Registro nazionale delle professioni sanitarie (www.nareg.ch risp. www.gesreg.ch) oppure il registro delle professioni psicologiche (www.psireg.ch).
- 3) Contratto di lavoro
- 4) Nome e indirizzo esatti dell'esercizio
- 5) Informazioni sulla forma giuridica dell'azienda e se esiste estratto di registrazione nel registro di commercio
- 6) In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione per l'esercizio di una drogheria (www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Esercizi / Drogheria)
- 7) Estratto del casellario giudiziale in caso di primo rilascio di un'autorizzazione:
 - a) **Vale per tutti i richiedenti:** estratto per privati del casellario giudiziale svizzero (www.bj.admin.ch), non più vecchio di **tre mesi**
 - b) **in più in caso di domicilio precedente o attuale all'estero:** estratti del casellario giudiziale degli Stati di domicilio o di soggiorno degli ultimi 3 anni (non più vecchio di **tre mesi**, originali)
Nota per la Germania: estratto esteso del casellario giudiziale ("*erweitertes Führungszeugnis*")
- 8) Inoltrare l'autorizzazione all'esercizio della professione (decisione completa) dell'autorità sanitaria competente, che ha rilasciato la prima autorizzazione

- 9) Autorizzazioni all'esercizio della professione e dichiarazioni di nullaosta (Certificate of Good Standing) **attuali** (non più vecchi di **tre mesi**) delle autorità sanitarie **estere** competenti sotto la cui vigilanza è stata svolta la professione negli ultimi 5 anni
- 10) Inoltrare una motivazione scritta allegando gli atti (ades. procedura di vigilanza, cantonale o procedure che riguardano le casse malati, procedimento penale nonché procedimento di responsabilità civile o procedimento civile in relazione all'attività professionale)
- 11) Se la formazione o il perfezionamento non è stato prevalentemente assolto in una lingua ufficiale del cantone: inoltrare certificato linguistico in tedesco, italiano o romancio (livello B2 del Portfolio europeo delle lingue)
- 12) In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione dei fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Autorizzazione a. c. AOMS / Moduli)