



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI

Medico Dentista Farmacista Chiropratico

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 (studio medico / ospedale / farmacia)		
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⁾		

Ulteriori indicazioni		Doc. n.
Curriculum vitae	Allegare il curriculum vitae aggiornato, schematico e completo	
Estratto del casellario giudiziale ⁶⁾	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 ⁷⁾	
Ha un'autorizzazione per l'esercizio della professione in un altro Stato ?	<input type="checkbox"/> Sì, in quale Stato? ⁸⁾ <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 ⁹⁾ 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 ⁹⁾ 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 ⁹⁾	
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 ¹⁰⁾	
Dispone di un'assicurazione di responsabilità civile professionale (somma assicurativa di almeno 5 milioni franchi svizzeri)?	<input type="checkbox"/> Sì, presso quale compagnia di assicurazioni? <input type="checkbox"/> No	

Autorizzazione dei fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)		Doc. n.
Intende fatturare le Sue prestazioni per conto proprio a carico della AOMS?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹¹⁾	

Questa rubrica va compilata solo da medici (ad eccezione di medici ospedalieri) e da dentisti che presentano domanda		
Gestione di una farmacia privata		Doc. n.
Intende dispensare medicinali (anche prima assistenza)?	<input type="checkbox"/> Sì ¹²⁾ <input type="checkbox"/> No, rinuncio espressamente alla dispensazione di medicinali e li conservo esclusivamente per l'utilizzo immediato	

Questa rubrica deve essere compilata solo dai farmacisti		Doc. n.
Gerenzia farmacia		
Assume la gerenzia di una farmacia pubblica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹³⁾	
Intendete effettuare le vaccinazioni?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹⁴⁾	
Esercizio di un laboratorio di analisi presso una farmacia		
Nella Sua farmacia intende eseguire analisi nell'ambito delle cure di base, su prescrizione di un altro fornitore di prestazioni?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹⁵⁾	

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 delle professioni mediche (www.medregom.admin.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) 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 vecchi di **tre mesi, originali**)
Nota per la Germania: estratto esteso del casellario giudiziale (*erweitertes Führungszeugnis*)
- 7) Inoltrare l'autorizzazione all'esercizio della professione (decisione completa) dell'autorità sanitaria competente, che ha rilasciato la prima autorizzazione.

- 8) 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
- 9) 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)
- 10) 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)
- 11) 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)
- 12) In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione per una farmacia privata (medico, dentista) (www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Esercizi / Farmacia privata (medico, dentista))
- 13) In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione per l'esercizio di una farmacia pubblica (www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Esercizi / Farmacia pubblica)
- 14) In aggiunta: compilare e inoltrare il modulo di notifica per farmacisti che desiderano effettuare vaccinazioni (www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Farmacista cantonale)
- 15) In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione dei fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per l'esercizio di un laboratorio (www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Autorizzazione a. c. AOMS / Moduli)