



**FORMULARIO DI MUTAZIONE AOMS PER
PERSONE E ORGANIZZAZIONI INDIPENDENTI**

Osservazione preliminare:

- Le persone e le organizzazioni ammesse all'AOMS notificano le mutazioni all'autorità preposta all'autorizzazione.

Si prega di indicare i nomi esistenti nella prima rubrica e di annotare le novità in basso.

Questa rubrica va compilata solo da persone che esercitano un'attività indipendente	
Nome della persona richiedente	
Numero RCC ¹⁾	
Professione, titolo	
Via, n.	
NPA, luogo	
Numero di telefono	
E-mail	
Nome e indirizzo dello studio	

Questa rubrica va compilata solo dalle organizzazioni	
Nome dello studio / dell'organizzazione ²⁾	
Numero RCC ³⁾	
Via, n.	
NPA, luogo	
Nome della persona responsabile	
Funzione	
Numero di telefono	
E-Mail	

Entrata nell'organizzazione	
Entrata nell'organizzazione di <input type="checkbox"/> levatrici <input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> ergoterapia <input type="checkbox"/> logopedia <input type="checkbox"/> dietetica <input type="checkbox"/> neuropsicologia <input type="checkbox"/> podologia <input type="checkbox"/> chiropratica	per (data): Nome, Cognome e indirizzo della persona entrante Autorizzazione all'esercizio della professione rilasciata il: Attività pratica svolta durante 2 anni ⁴⁾ <input type="checkbox"/> Sì
Entrata negli <input type="checkbox"/> Istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici	per (data): Specialista/titolo dello specialista Nome, Cognome e indirizzo della persona entrante Autorizzazione all'esercizio della professione rilasciata il: Attività di almeno 3 anni (impiego al 100%) in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione: <input type="checkbox"/> Sì ⁵⁾ <input type="checkbox"/> No ⁶⁾ motivo
Entrata nell'organizzazione <input type="checkbox"/> psicoterapia psicologica	per (data): Nome, Cognome e indirizzo della persona entrante Autorizzazione all'esercizio della professione rilasciata il: Attività di 3 anni svolta ⁷⁾ <input type="checkbox"/> Sì
Uscita dall'organizzazione o cessazione dell'attività	
<input type="checkbox"/> Uscita dall'organizzazione	per (data): Nome, professione o titolo della specializzazione medica della persona uscente:

<input type="checkbox"/> Cessazione dell'attività	per (data): <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Organizzazione
---	---

Tipo di mutazione	
<input type="checkbox"/> Cambiamento di nome	per (data): <input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Studio/Organizzazione Nuovo nome:
<input type="checkbox"/> Cambiamento di indirizzo	per (data): Nuovo indirizzo:
<input type="checkbox"/> Cambiamento forma giuridica ⁸⁾ (Organizzazione)	per (data): Nuova forma giuridica: <input type="checkbox"/> Società anonima (SA) <input type="checkbox"/> Sagl <input type="checkbox"/> Società in accomandita per azioni <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Associazione <input type="checkbox"/> Fondazione
<input type="checkbox"/> Cambiamento di titolare (organizzazione)	per (data): Nome e indirizzo del nuovo titolare:
<input type="checkbox"/> Cambiamento della persona responsabile (organizzazione)	per (data): Nuovo nome:

Dichiaro di aver compilato la presente domanda in modo completo e veritiero.

Luogo, data	Firma
--------------------	--------------

Giustificativi da allegare:

- 1) Copia dell'estratto dati numero RCC di SASIS SA
- 2) Copia dell'estratto del registro di commercio
- 3) cfr. nota in calce 1)
- 4) Copia dei certificati di lavoro/delle conferme di lavoro per attività pratiche:

Levatrice/ostetrico: attività presso una levatrice / un ostetrico con autorizzazione AOMS o in sala parto / in un'organizzazione di levatrici / di ostetrici sotto la guida di una levatrice/un ostetrico con autorizzazione AOMS.

Fisioterapista: attività presso un/una fisioterapista con autorizzazione AOMS o un reparto ospedaliero specializzato in fisioterapia / in un'organizzazione di fisioterapia sotto la guida di un fisioterapista con autorizzazione AOMS.

Ergoterapista: attività presso un/una ergoterapista con autorizzazione AOMS o un reparto ospedaliero di ergoterapia / in un'organizzazione di ergoterapia sotto la guida di un ergoterapista con autorizzazione AOMS.

Infermiere/a: attività presso un infermiere/un'infermiera con autorizzazione AOMS o in ospedale/casa di cura/Spitex sotto la guida di un infermiere/un'infermiera con autorizzazione AOMS.

Logopedista: solo con una formazione specialistica teorica e pratica di 3 anni in logopedia, riconosciuta dal Cantone (esame superato con successo in linguistica, logopedia, medicina, pedagogia, psicologia, diritto): attività in logopedia clinica, di cui almeno 1 anno in un ospedale sotto la guida di un medico specializzato (ORL, psichiatria, psichiatria pediatrica, foniatria o neurologia) e in presenza di un logopedista con autorizzazione AOMS. Un anno può essere svolto sotto la guida di un medico specializzato e in accompagnamento di un logopedista con autorizzazione AOMS in uno studio medico specializzato o in un'organizzazione di logopedia

Dietista: attività presso un/una dietista con autorizzazione AOMS o in ospedale / in un'organizzazione di dietetica sotto la guida di un dietista con autorizzazione AOMS

Neuropsicologo/a: non è richiesta alcuna prova.

Podologo/a: se in possesso di un diploma SSS secondo il Programma quadro Podologia del 12 novembre 2010 (versione 10.12.2014) o formazione equivalente secondo cifra 7.1. del Programma quadro: attività presso un/una podologo/a con autorizzazione AOMS o in ospedale/casa di cura/Spitex/ organizzazione della podologia sotto la guida di un podologo con autorizzazione AOMS.

Ai podologi che il 1° gennaio 2022 dispongono di un diploma di una scuola specializzata superiore secondo il Programma quadro Podologia del 12 novembre 2010 nella versione del 12 dicembre 2014 o di una formazione equivalente secondo la cifra 7.1 del Programma quadro o di un diploma secondo, per l'adempimento dei requisiti dell'attività pratica di 2 anni viene convalidata qualsiasi attività pratica successiva al conseguimento del diploma di podologo prima del 1° gennaio 2022 e durante quattro anni successivi, anche se l'attività non soddisfa i requisiti della presente nota.

I podologi che dal 1° gennaio 2022 dispongono di un'autorizzazione cantonale in qualità di podologo per il trattamento di persone a rischio sotto la propria responsabilità professionale devono disporre dei seguenti diplomi:

- a. attestato di capacità di podologo rilasciato dall'associazione professionale «Schweizerischer Podologen-Verband» (SPV)
- b. attestato di capacità di podologo rilasciato dall'associazione professionale «Fachverband Schweizerischer Podologen (FSP)
- c. diploma cantonale di podologo rilasciato dal Cantone Ticino, che abbia superato il corso sul piede diabetico organizzato dal Centro professionale sociosanitario (CPS) di Lugano in collaborazione con l'Unione dei podologi della Svizzera italiana (UPS)

Chiropratico: non è richiesta alcuna prova

5) Medico:

Per i titoli di perfezionamento federali: non è richiesta alcuna prova.

nel caso di titoli di perfezionamento stranieri riconosciuti dalla MEBEKO: copia della conferma di lavoro del responsabile medico di un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto (www.siwf-register.ch) per l'attività pratica triennale al 100% nel campo di specializzazione oggetto della domanda di autorizzazione. L'attività pratica può essere svolta a tempo parziale (in media almeno al 50%). In tal caso la durata viene prolungata in proporzione.

- 6) Sono esonerati dal requisito dei tre anni di attività presso un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto i medici in possesso di uno dei seguenti titoli di perfezionamento federale o di un titolo di perfezionamento estero riconosciuto equivalente:
 - a. medicina interna generale quale unico titolo di perfezionamento
 - b. medico generico quale unico titolo di perfezionamento
 - c. pediatria
 - d. psichiatria e psicoterapia infantile e dell'adolescenza

Medici che hanno esercitato a carico dell'AOMS nel Cantone dei Grigioni prima del 1° gennaio 2022: inoltrare copia dell'estratto dei dati del registro dei codici creditori (RCC) di SASIS

7) Psicoterapeuta psicologico/a:

esperienza clinica durante 3 anni (al 100%), di cui almeno 12 mesi in istituti di psicoterapia e psichiatria nel senso di un centro di perfezionamento ambulatoriale o stazionario della categoria A o B secondo il programma di perfezionamento "Specialista per psichiatria e psicoterapia" del 1° luglio 2009 nella versione del 15 dicembre 2016 o in un centro di perfezionamento delle categorie A, B o C in base al programma di perfezionamento "Psichiatria e psicoterapia infantile e adolescenziale" del 1° luglio 2006 nella versione del 20 dicembre 2018: copia dei certificati di lavoro/delle conferme di lavoro per esperienze cliniche (con indicazione della percentuale di lavoro); oppure attività delegata presso un/a psichiatra o in un istituto psichiatrico ambulatoriale o stazionario: copia dei certificati di lavoro; oppure

attività indipendente o attività in un altro istituto di assistenza psichiatrico-psicoterapeutica (istituto non ISFM): curriculum vitae completo e giustificativi della supervisione da parte di psicoterapeute/i medici o psicologi che hanno concluso la propria specializzazione almeno più di cinque anni fa (21 ore per tre anni equivalenti a tempo pieno)

- 8) cfr. nota in calce 2)