



**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 ATTIVITÀ ABUSIVA DELLA PROFESSIONE DI

1

(art. 348 c.p., art. 2 legge n. 43/2006 e DM ² _____)

Spett. Ordine TSRM PSTRP di Piacenza / Federazione nazionale TSRM PSTRP evidenzio, per le opportune azioni di competenza, quanto segue: in data/nel periodo ³ _____ in

⁴ _____

da quanto ho avuto modo di apprendere (o per quanto mi ha riferito il/la Sig./Sig.ra _____), la persona qui di seguito indicata

⁵ _____

svolge attività tipiche ed esclusive del professionista ¹ _____ abilitato, probabilmente senza essere in possesso di titolo abilitante, come prevede la normativa di riferimento:

⁶ _____

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.

- 1) *Indicare la professione interessata alla segnalazione.*
- 2) *Indicare il n. e l'anno del profilo professionale.*
- 3) *Indicare la data/il periodo in cui si sarebbero svolte le prestazioni abusive.*
- 4) *Denominazione e indirizzo della struttura nella quale si svolge la presunta attività abusiva che si intende segnalare.*
- 5) *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.*
- 6) *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*



**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, per esempio biglietto da visita, foto, pubblicità, locandine ecc..., che riportano elementi utili ad individuare il soggetto segnalato.

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 _____