



Ordine Interprovinciale dei Tecnici sanitari di radiologia medica  
e delle professioni sanitarie tecniche  
della riabilitazione e della prevenzione

**Ba-Ta-Bt**

*Istituita ai sensi delle Leggi*

4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

**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 TSRM PSTRP **BARI – TARANTO – BARLETTA – ANDRIA – TRANI**

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 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),**



Ordine Interprovinciale dei Tecnici sanitari di radiologia medica  
e delle professioni sanitarie tecniche  
della riabilitazione e della prevenzione

**Ba-Ta-Bt**

*Istituita ai sensi delle Leggi*

4.8.1965, n. 1103, 31.1.1983, n. 25 e 11.1.2018, n. 3

descrivere come si è appreso dell'abuso

---

---

---

---

Sarà premura dell'Ordine 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 [webiscritti.tsrmpweb.it/](http://webiscritti.tsrmpweb.it/) "RICERCA ISCRITTI" è possibile verificare se il soggetto che ha espletato la prestazione è iscritto a uno dei 20 Albi professionali.

Il presente modulo potrà essere inviato mezzo posta elettronica a: [baritaranto@pec.tsrmp.org](mailto:baritaranto@pec.tsrmp.org)

*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

---