



## DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI

Medico                       Dentista                       Farmacista                       Chiropratico

- Indichi l'autorizzazione all'esercizio della professione desiderata e compili la presente domanda **in modo completo**.
- Controlli di aver allegato **la documentazione completa**.
- Numeri la documentazione e inserisca i rispettivi numeri nella rubrica "Doc. n.". Formato A4, senza fermaglio/punto metallico.
- Sottoscriva la domanda e inoltri 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.
- Le ripetute richieste relative all'inoltro della documentazione sono soggette a tasse.
- Una domanda incompleta comporta un ritardo nell'esame della domanda
- L'esame della domanda è soggetto a tassa (secondo l'onere).
- L'attività della professione senza autorizzazione non è consentita e viene perseguita giuridicamente.

Dati personali		Doc. n.
Cognome, nome		
Via		
NPA, luogo		
Numero di telefono		
E-mail		
Data di nascita		
Nazionalità, attinenza <sup>1)</sup>		

Indicazioni relative all'attività (studio medico / ospedale / farmacia)		
Dove eserciterà la Sua attività?	<input type="checkbox"/> in un ente pubblico (p. e. impiego in un ospedale) <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> in una clinica privata <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> nello proprio studio o in uno studio di gruppo <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> in una farmacia pubblica <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> altro Indirizzo <sup>3)</sup>	
Forma giuridica dell'azienda <sup>4)</sup>		
Quando inizierà la Sua attività?		

Qualifiche professionali	Per favore indicare tipo di qualifica, istituzione e data di rilascio	Doc. n.
Diploma <sup>5)</sup>		
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.	
Specializzazioni <sup>6)</sup>		
Curriculum vitae	Allegare il curriculum vitae <b>aggiornato, schematico e completo</b>	

Requisiti personali		Doc. n.
È sotto tutela / curatela?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, cognome, nome e indirizzo del tutore / curatore:	
Soffre di un'infermità fisica o psichica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì. Di quale?	
Estratto del casellario giudiziale <sup>7)</sup>	Estratti esteri inoltrare l' <b>originale</b>	
Ha un'autorizzazione per l'esercizio della professione in un altro Cantone/Stato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <sup>8)</sup> in quale Cantone/Stato?	
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 <sup>9)</sup> 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 <sup>9)</sup> 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 <sup>9)</sup>	
Competenze linguistiche	Prevalentemente in quale lingua è stato assolta la formazione o il perfezionamento? <input type="checkbox"/> tedesco <input type="checkbox"/> italiano <input type="checkbox"/> romancio <input type="checkbox"/> altri <sup>10)</sup>	
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 medicosanitarie (AOMS)		Doc. n.
Intende fatturare le Sue prestazioni per conto proprio a carico della AOMS?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <sup>11)</sup>	

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 <sup>12)</sup> <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 <b>farmacisti</b>		Doc. n.
<b>Gerenza farmacia</b>		
Assume la gerenza di una farmacia pubblica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <sup>13)</sup>	
Intendete effettuare le vaccinazioni?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <sup>14)</sup>	
<b>Esercizio di un laboratorio di analisi presso una farmacia</b>		
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 <sup>15)</sup>	

<b>Indirizzo di fatturazione</b> per la tassa d'autorizzazione		
Nome		
Indirizzo		
NPA, Luogo		

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

<b>Luogo, data</b>	<b>Firma</b>

**Note / allegati:**

- 1) Passaporto o carta d'identità
- 2) Se è impiegato: Contratto di lavoro
- 3) Nome e indirizzo esatti dell'esercizio
- 4) Informazioni sulla forma giuridica dell'azienda und se esiste estratto di registrazione nel registro di commercio
- 5) **Diploma** federale o diploma estero  
In caso di diploma estero: in più **certificato di riconoscimento con la lettera d'accompagnamento** rilasciato dalla Commissione delle professioni mediche (Ufficio federale della sanità pubblica, MEBEKO, 3003 Berna, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch))
- 6) Per medici, **farmacisti** e chiropratici: **titolo di perfezionamento** federale o estero  
In caso di titolo di perfezionamento estero: in più **certificato di riconoscimento con la lettera d'accompagnamento** rilasciato dalla Commissione delle professioni mediche (indirizzo: vedi sopra, nota 5)
- 7) Estratto del casellario giudiziale:
  - a) **tutti i richiedenti**: estratto per privati del casellario giudiziale svizzero, non più vecchio di **tre mesi** ([www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch))
  - b) in più in caso di **domicilio precedente o attuale all'estero**: estratti del casellario giudiziale degli Stati di domicilio 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) Autorizzazioni all'esercizio della professione e dichiarazioni di nullaosta (Certificate of Good Standing) **attuale** (non più vecchio di **tre mesi**) delle autorità sanitarie 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](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Autorizzazione a. c. AOMS / Moduli)

- <sup>12)</sup> In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione per una farmacia privata (medico, dentista)  
([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Esercizi / Farmacia privata (medico, dentista))
- <sup>13)</sup> In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione per l'esercizio di una farmacia pubblica  
([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Esercizi / Farmacia pubblica)
- <sup>14)</sup> In aggiunta: compilare e inoltrare il *modulo di notifica per farmacisti che desiderano effettuare vaccinazioni*  
([www.gesundheitsamt.gr.ch](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Farmacista cantonale)
- <sup>15)</sup> 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](http://www.gesundheitsamt.gr.ch) / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Autorizzazione a. c. AOMS / Moduli)