



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dietista | <input type="checkbox"/> Infermiere | <input type="checkbox"/> Naturopata |
| <input type="checkbox"/> Droghiere | <input type="checkbox"/> Levatrice/ostetrico | <input type="checkbox"/> Optometrista |
| <input type="checkbox"/> Ergoterapista | <input type="checkbox"/> Logopedista | <input type="checkbox"/> Osteopata |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapista | <input type="checkbox"/> Massaggiatore medico | <input type="checkbox"/> Podologo |
| <input type="checkbox"/> Igienista dentale | | |

- 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 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.
- 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 perseguito giuridicamente.

| Dati personali | | Doc. n. |
|--------------------------------------|--|---------|
| Cognome, nome | | |
| Via | | |
| CAP, luogo | | |
| Numero di telefono | | |
| E-mail | | |
| Data di nascita | | |
| Nazionalità, attinenza ¹⁾ | | |

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

| | |
|--|--|
| Quando inizierà la Sua attività? | |
| Indicazione per infermieri diplomati indipendenti | Informazioni per il diritto a contributi per infermieri diplomati indipendenti → www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Esercizi / Dienste der häuslichen Pflege und Betreuung / Zulassung selbständig erwerbende Pflegefachpersonen |

| | | |
|--|---|---------|
| Questa rubrica deve essere compilata solo dai droghieri | | Doc. n. |
| Assume la gerenza di una drogheria? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ⁵⁾ | |

| | | |
|--|---|---------|
| Qualifiche professionali | | Doc. n. |
| Diploma o certificato di capacità ^{6) 7)} | | |
| Curriculum vitae | Allegare il curriculum vitae aggiornato, schematico e completo | |

| | | |
|---|--|---------|
| 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 ⁸⁾ | Inoltare l' originale ⁹⁾ | |
| Ha un'autorizzazione per l'esercizio della professione in un altro Cantone/Stato? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹⁰⁾ 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 ¹¹⁾ 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 ¹¹⁾ 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 ¹¹⁾ | |
| 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 ¹²⁾ | |
| 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 | |

| | | |
|--|--|---------|
| Questa rubrica è da compilare solo da persone che esercitano in nome e per conto proprio una delle seguenti professioni: dietista, ergoterapista, fisioterapista, infermiere, levatrice/ostetrico, logopedista, podologo. | | Doc. n. |
| Autorizzazione dei fornitori di prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie (AOMS) | | |
| Intende fatturare le Sue prestazioni per conto proprio a carico della AOMS? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹³⁾ | |

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

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

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 e se esiste estratto di registrazione nel registro di commercio
- 5) In aggiunta: compilare e inoltrare la domanda di autorizzazione per l'esercizio di una drogheria (www.gesundheitsamt.gr.ch / Settori / Vigilanza e autorizzazioni / Esercizi / Drogheria)
- 6) Documentazione richiesta:

| Professione | Documentazione richiesta / Diploma |
|------------------------|--|
| Dietista | <ul style="list-style-type: none"> • Bachelor of science SUP in alimentazione e dietetica o dietista dipl. SUP o diploma riconosciuto dalla CRS • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Droghiere | <ul style="list-style-type: none"> • Droghiere dipl. SSS (Scuola specializzata superiore) o certificato attestante il superamento dell'esame professionale federale superiore per droghiere (droghiere dipl. EPS) |
| Ergoterapista | <ul style="list-style-type: none"> • Bachelor of science SUP in ergoterapia o ergoterapista dipl. SUP o diploma riconosciuto dalla CRS • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Fisioterapista | <ul style="list-style-type: none"> • Bachelor of science SUP in fisioterapia o fisioterapista dipl. SUP o diploma riconosciuto dalla CRS • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Igienista dentale | <ul style="list-style-type: none"> • Igienista dentale dipl. SSS (Scuola specializzata superiore) o diploma riconosciuto dalla CRS • Diploma estero: 1. diploma estero o 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Infermiere | <ul style="list-style-type: none"> • Bachelor of science SUP/SU in cure infermieristiche o infermiere dipl. SSS o diploma riconosciuto dalla CRS • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Levatrice/ostetrico | <ul style="list-style-type: none"> • Bachelor of science SUP di levatrice o levatrice dipl. SUP / di ostetrico dipl. SUP o diploma riconosciuto dalla CRS • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Logopedista | <ul style="list-style-type: none"> • Diploma universitario riconosciuto da parte della Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione (CDPE) • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione (CDPE), Segretariato generale, Casa dei Cantoni, Speichergasse 6, casella postale, 3001 Berna, www.cdpe.ch |
| Massaggiatore medicale | <ul style="list-style-type: none"> • Massaggiatore medicale con attestato professionale federale (APF) o certificato riconosciuto dalla CRS • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Naturopata | <ul style="list-style-type: none"> • Naturopata con diploma federale nel settore Medicina ayurvedica o Omeopatia o Medicina tradizionale cinese MTC o Medicina naturale tradizionale europea MTE • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Optometrista | <ul style="list-style-type: none"> • Bachelor of science SUP in optometria o ottico dipl. EPS • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI), Einsteinstrasse 2, 3003 Berna, www.sbf.admin.ch |
| Osteopata | <ul style="list-style-type: none"> • Master of science SUP in osteopatia o Diploma intercantonale della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |
| Podologo | <ul style="list-style-type: none"> • Podologo dipl. SSS (Scuola specializzata superiore) o podologo AFC (Attestato federale di capacità) o attestato di capacità dell'Associazione svizzera dei podologi*, Bahnhofstrasse 7b, 6210 Sursee, www.podologie.ch • Diploma estero: 1. diploma estero e 2. riconoscimento da parte della CRS |

7) **riconoscimento CRS e iscrizione nel registro:** Croce Rossa Svizzera, Divisione formazione professionale e riconoscimenti dei titoli professionali, Werkstrasse 18, 3084 Wabern, www.redcross.ch

8) Estratto del casellario giudiziale:

- a) estratto del casellario giudiziale svizzero, non più vecchio di **tre mesi** (in originale): Bundesrain 20, 3003 Berna; www.bj.admin.ch
- 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 vecchio di **tre mesi**, originali)
Nota per la Germania: estratto esteso del casellario giudiziale ("*erweitertes Führungszeugnis*")

9) Estratti elettronici di casellari giudiziali vengono accettati solo se forniti elettronicamente e nel formato originale (inoltre della e-mail dell'autorità competente) e se possono essere validati elettronicamente

- ¹⁰⁾ Autorizzazioni all'esercizio della professione e dichiarazioni di nullaosta (Certificate of Good Standing) **attuale** (validità **tre mesi**) delle autorità sanitarie competenti sotto la cui vigilanza è stata svolta la professione negli ultimi 5 anni
- ¹¹⁾ 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)
- ¹²⁾ 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)
- ¹³⁾ 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)