



DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE DI PSICOTERAPEUTA

- Compili la presente domanda **in modo completo**.
- Controlli di aver allegato **la documentazione completa**.
- Numera la documentazione e inserisce 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 perseguito giuridicamente.

Dati personali		Doc. n.
Cognome, nome		
Via		
NPA, luogo		
Numero tel.		
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"/> altro Indirizzo ³⁾	
Forma giuridica dell'azienda ⁴⁾		
Quando inizierà la Sua attività?		

Qualifiche professionali	Per favore indicare tipo di qualifica, istituzione e data di rilascio	Doc. n.
Diploma universitario in psicologia ⁵⁾		

Dottorato e altri titoli accademici	Se disponibile allegare una copia della conferma del conferimento del titolo da parte dell'università. Senza la relativa documentazione, nell'ulteriore corrispondenza non verranno utilizzati titoli accademici.	
Titolo di perfezionamento in psicoterapia ⁶⁾		
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 ⁷⁾	Inoltrare l' originale ⁸⁾	
Ha un'autorizzazione per l'esercizio della professione in un altro Cantone/Stato?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ⁹⁾ 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 ¹⁰⁾ 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 ¹⁰⁾ 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 ¹⁰⁾	
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 ¹¹⁾	
Disporre 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 medico-sanitarie (AOMS)		Doc. n.
Intende fatturare le Sue prestazioni per conto proprio a carico della AOMS?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì ¹²⁾	

Dichiaro di aver compilato la 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 e estratto di registrazione nel registro di commercio (se esiste)
- 4) Informazioni sulla forma giuridica dell'azienda und se esiste estratto di registrazione nel registro di commercio
- 5) Diploma universitario federale: master, licenza o diploma in psicologia
In caso di diploma di una scuola universitaria estera: in aggiunta **certificato di riconoscimento** rilasciato dalla Commissione delle professioni psicologiche (Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Commissione delle professioni psicologiche, 3003 Berna, www.bag.admin.ch)
- 6) Titolo federale di perfezionamento in psicoterapia o diploma / titolo di specialista di un ciclo di perfezionamento in psicoterapia accreditato provvisoriamente dalla Confederazione conformemente all'allegato 2 dell'ordinanza sulle professioni psicologiche (OPPsi, RS 935.811, http://www.admin.ch/ch/i/sr/c935_811.html)
In caso di titolo di perfezionamento estero: in aggiunta **certificato di riconoscimento** rilasciato dalla Commissione delle professioni psicologiche (indirizzo vedi sopra, nota 3)
- 7) 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*")
- 8) Estratti elettronici di casellari giudiziali vengano solo accettati, se sono forniti elettronicamente e nel formato originale (inoltro della e-mail dell'autorità competente) e se possono essere validati elettronicamente
- 9) 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
- 10) 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)
- 11) 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)
- 12) 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)