

Spettabile Associazione Italiana Fisioterapisti
Regione Lombardia
Via Gorki 65
20092 Cinisello Balsamo MI
-con preghiera di inoltrare al
Comando Carabinieri NAS di

.....

- SEGNALAZIONE DI SOSPETTO ESERCIZIO ABUSIVO DI PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA** (Art. 348 del Codice Penale e Decreto Ministero della Sanità n. 741/94)
 CON ATTIVITA' SVOLTE IN EVASIONE / ELUSIONE FISCALE

Segnalo per le opportune verifiche di competenza tese a contrastare il dilagante fenomeno dell'abusivismo fisioterapico nella Regione Lombardia da parte di persone non abilitate alla professione di " Fisioterapista " quanto segue:

Nome e Cognome della persona segnalata

Tale..... (indicare nome e cognome della persona segnalata che procederebbe all'attività abusiva con tutte le ulteriori informazioni utili ad individuarlo). Pertanto indicare luogo di svolgimento dell'attività che si intende segnalare:

Città _____ indirizzo _____

c/o abitazione studio/ambulatorio palestra istituto casa di riposo clinica ospedale Altro _____

Presenza di altre figure (medici, fisioterapisti, altro, specificare), nei giorni/ore ecc

Tipologia delle attività segnalate

dalle informazioni raccolte e dalle verifiche eseguite sembrerebbe che eserciti abusivamente in quanto, molto probabilmente, non in possesso di titolo abilitante -D.M. Sanità n. 741/1994 - le seguenti tipologie di prestazione d'esclusiva competenza del Fisioterapista.

Indicare che tipo di terapie effettua, se usa apparecchiature, se scrive cartelle o programmi riabilitativi, ecc:

Indicare i dati dei soggetti che risultano essere stati trattati dall'abusivo, in modo da poterli individuare, ovvero indicare oltre al nome e/o cognome, un recapito telefonico, luogo di residenza, ecc:

EVENTUALI ALLEGATI

carta intestata/biglietti da visita Locandine Pubblicità Fatture Foto Video Altro _____

Per fornire un valido aiuto agli organismi di controllo occorre inoltrare segnalazioni più complete possibili.

Inviare il modulo via fax al n. 02/61247757, non verranno prese in considerazione segnalazioni anonime.

DATA _____ FIRMA LEGGIBILE _____

SOCIO AIFI COGNOME NOME _____

RECAPITI _____ TELEFONI _____