

**SEGNALAZIONE DI SOSPETTA ATTIVITA' ABUSIVA**  
**DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA**

(Art. 348 c.p., Art. 2 Legge n. 43/2006 e D.M. 741/1994)

Spett.le Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista della Liguria,

io sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ segnalo quanto segue:

in data (o nel periodo) \_\_\_\_\_

(indicare data e/o periodo in cui si sarebbero svolte le presunte prestazioni abusive), presso

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(indicare la denominazione e l'indirizzo del luogo presso il quale si è svolta la presunta attività abusiva  
oggetto della segnalazione), da quanto ho avuto modo di apprendere il Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_

(fornire nome e cognome della persona segnalata che si presume che espleti attività non legittima)

che si presentava come \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(inserire tutte le informazioni utili ad individuarla e a comprendere il ruolo con cui si presentava ed  
operava il presunto abusivo), svolge attività tipiche ed esclusive del professionista sanitario  
FISIOTERAPISTA abilitato.

Nello specifico il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ svolgeva

---

---

---

---

(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, sito web, profili social, locandine promozionali, etc. che riportano elementi utili ad individuare il soggetto segnalato).

Venivo personalmente a conoscenza dei fatti e delle circostanze sopra citate \_\_\_\_\_

---

---

---

---

(descrivere sinteticamente le modalità attraverso cui si sono appresi i fatti oggetto di segnalazione).

L'Ordine Regionale della Professione Sanitaria di Fisioterapista della Liguria, ricevuta la segnalazione completa di tutti gli elementi identificativi sopra riportati e della sottoscrizione, avrà cura di attivare le azioni finalizzate al rispetto della normativa, anche attraverso la trasmissione della segnalazione all'Autorità competente.

Si informa che sul sito della Federazione nazionale Ordini dei Fisioterapisti, [www.fnofi.it](http://www.fnofi.it) alla sezione "RICERCA ALBO" è possibile verificare se il soggetto che ha espletato la prestazione sia iscritto all'Ordine (<https://albo.alboweb-fnofi.net/registry/search>), in quanto trattasi di un dato di pubblico accesso.

Il presente modulo, che consta di n.3 pagine in tutto, dovrà essere sottoscritto ed inviato a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo dell'Ordine: [liguria.ofi@pec.fnofi.it](mailto:liguria.ofi@pec.fnofi.it)

*Lo scrivente, con la sottoscrizione, conferma la veridicità di quanto dichiarato e autorizza*

*l'OFI Liguria a trasmettere la segnalazione che precede alle Autorità competenti.*

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

Eventuale documentazione allegata (barrare la casella corrispondente a quanto in allegato)

biglietto da visita/brochure informativa

fattura/ricevuta fiscale

altro (specificare: \_\_\_\_\_)

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_