

CARTA INTESTATA
DEL CENTRO

Al Presidente ASPAT
Dr. Pier Paolo Polizzi

Al Presidente Commissione
Consultiva Permanente di Branca
Riabilitazione Minimale
(ex DCA 64/2011)
Dr. Giovanni Santangelo

e-mail aspatinforma@gmail.com
fax 081/7345679

Oggetto: Segnalazione di sospetto abusivismo in attività di riabilitazione.

Egregi Presidenti,

la presente per **segnalare un caso di sospetto esercizio abusivo di attività di riabilitazione** affinché, prelieve le opportune verifiche preliminari da parte di codesta Associazione, si proceda ad inoltrare alle competenti Autorità il relativo esposto-denuncia.

In _____
(indicare indirizzo completo luogo di svolgimento dell'attività abusiva che si intende segnalare, precisando se si tratta di abitazione privata o altra tipologia di esercizio);

(indicare i presumibili giorni della settimana ed orari nei quali il soggetto da segnalare eroga prestazioni abusive);

Tale _____
(indicare nome e cognome della persona segnalata che eserciterebbe l'attività abusiva, con tutte le ulteriori informazioni utili ad individuarlo ed a comprendere se riveste un particolare ruolo all'interno ad esempio di una palestra, poliambulatorio, studio professionale, etc.);

Dalle informazioni raccolte e dalle verifiche eseguite sembrerebbe che eserciti abusivamente, in quanto, molto probabilmente, non in possesso dei titoli e/o delle autorizzazioni necessarie, le seguenti tipologie di prestazioni:

(indicare se effettua terapie manuali, se usa particolari apparecchiature, farmaci, etc.);

E le ha erogate anche nei confronti delle seguenti persone:

(*inserire, se a conoscenza, il nome e cognome dei soggetti che risulta siano stati “trattati” dall’abusivo, indicando tutti i dati in possesso per poterli in qualche modo individuare, ovvero un numero di telefono, oltre il nome e/o cognome, il luogo di residenza con l’eventuale presumibile età, etc.*).

Che si erano rivolte al su indicato allo scopo di ottenere un intervento terapeutico rispetto a tale specifica patologia _____

Al fine di procedere alle opportune verifiche si allega la seguente documentazione (*inserire eventuali depliant, fotografie, diagnosi, terapie, prescrizioni, link web del presunto abusivo o della struttura in cui opera, etc.*).

L’Associato _____,

(*indicare la denominazione dell’Associato che inoltra la segnalazione, chiedendo l’intervento dell’ASPAT*)

per tutto quanto sopra esposto

CHIEDE

l’intervento della Associazione e dello Studio Legale designato al fine di svolgere le procedure concordate nel piano antiabusivismo con decisioni del 12/3/2015.

In fede
(timbro e firma rapp.te legale)