



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

**Formulario di preavviso OMCT sull' adempimento delle condizioni particolari per i
medici secondo l'art. 37 LAMal (Formulario 37 LAMal)**

1. Generalità

Nome/Cognome:	_____
Data di nascita:	_____
Nazionalità:	_____
N. AVS:	_____
GLN:	_____
IDI:	_____
Indirizzo privato:	_____
NAP, Luogo	_____
N. tel. privato (mobile)	_____
Indirizzo e-mail	_____
Indirizzo professionale:	_____
NAP, Luogo	_____
N. tel. ufficio	_____

2. Titoli

Diploma	Anno di rilascio	Paese di rilascio	Riconoscimento in CH	Anno riconoscimento in CH

Titolo di perfezionamento	Anno di rilascio	Paese di rilascio	Riconoscimento in CH	Anno riconoscimento in CH



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

3. Autorizzazione a esercitare secondo la LPMed nel Canton Ticino

- ☐ Attività sotto la propria responsabilità (libero esercizio)
- ☐ Attività sotto la responsabilità di terzi

Data di rilascio: _____

Il medico è in possesso di autorizzazioni a esercitare secondo la LPMed in altri Cantoni?

Indicare il tipo di autorizzazione: _____

Indicare la data e il Cantone di rilascio: _____

4. Ev. autorizzazioni LAMal in altri Cantoni

Il medico è già autorizzato a esercitare a carico della LAMal in altri Cantoni?

Indicare la data di rilascio e il Cantone: _____

5. Genere e grado dell'attività a carico LAMal nel settore ambulatoriale prevista in Ticino

Campo/i di specializzazione oggetto della domanda: _____



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Descrizione dell'attività per la quale richiede l'autorizzazione e grado di occupazione in mezza giornata/settimana¹

☐ **Medico titolare del proprio studio**

Nome e luogo dello studio: _____

Grado di occupazione in mezza giornata/settimana nello studio: _____

☐ **Medico dipendente di un istituto che fornisce cure ambulatoriali**

Nome e luogo dell'istituto: _____

Numero RCC istituto: _____

Grado di occupazione in mezza giornata/settimana nell'istituto: _____

☐ **Medico attivo anche in ospedale/clinica/istituto di cura**

Nome della struttura: _____

Funzione e statuto (dipendente/indipendente): _____

Grado di occupazione in mezza giornata/settimana:

- settore stazionario ospedaliero: _____

- settore ambulatoriale ospedaliero: _____

☐ **Grado di occupazione in mezza giornata/settimana di tutte le attività mediche svolte:**

Osservazioni: _____



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

6. Richiesta di autorizzazione LAMal: condizioni particolari (art. 37 LAMal)

6.1. Attività svolta in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto

Centro di perfezionamento	Disciplina (titolo di specialista)	Disciplina (formazione approfondita)	NPA, luogo e Cantone	Responsabile della formazione	Categoria	Periodo di attività, percentuale ruolo

¹ Si considera il 100% dieci mezze giornate settimanali (cfr. art. 2 cpv. 3 Ordinanza sui numeri massimi, RS 832.107). 4



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

6.2. Conoscenze linguistiche (art. 37 cpv. 1 LAMal, in combinazione con art. 38 cpv. 3 OAMal)

Lingua madre: _____

Lingua/lingue iscritta/e a Medreg: _____

Livello C1 nella **lingua italiana**:

- ☐ SI
☐ NO

Esame linguistico sostenuto in Svizzera nella lingua italiana di livello C1 del Quadro Comune Europeo di Riferimento (CEFR):

- ☐ SI
☐ NO

NB: l'esame linguistico di livello C1 nella lingua italiana sostenuto in Svizzera non è necessario per le seguenti categorie (crociare quella corrispondente):

- ☐ Maturità liceale svizzera di cui una delle materie fondamentali era la lingua italiana
☐ Diploma federale di medico conseguito nella lingua italiana
☐ Diploma estero riconosciuto secondo la LPMed conseguito nella lingua italiana

Osservazioni: _____



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

6.3. Affiliazione obbligatoria a una comunità o a una comunità di riferimento certificata ai sensi della Legge federale del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP; che non significa aprire una cartella informatizzata del paziente, né digitalizzare il proprio studio medico)

Presso:

- ☐ AD Swiss (Cassa dei Medici, HIN, FMH): [Comunità CIP | Italian](#)
- ☐ e-Health-Ticino (Cantone): Tel. +41 91 814 40 07
- ☐ Altra (Comunità CIP certificate: [Comunità CIP certificate](#))

Data di affiliazione: _____

Informazioni complementari

Membro OMCT:

- ☐ SI
- ☐ NO

Membro FMH:

- ☐ SI
- ☐ NO

Membro ASMAC/VSAO:

- ☐ SI
- ☐ NO

Membro VLSS:

- ☐ SI
- ☐ NO

Per i non membri OMCT, o per chi non intende affiliarsi all'OMCT

- ☐ Prendo atto che dovrò sottoscrivere separatamente, tramite l'OMCT, la dichiarazione di adesione alla Convenzione Quadro Tarmed (CQT) e all'Accordo Cantonale di Adesione alla Convenzione Quadro Tarmed (ACAT).



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

7. Documenti da allegare

I seguenti documenti devono essere allegati al presente formulario:

- Copia del diploma federale di medico o, se estero, copia del diploma estero con la copia del riconoscimento Mebeko
- Copia del titolo federale di perfezionamento o, se estero, copia del titolo estero di perfezionamento con la copia del riconoscimento Mebeko
- Copia dell'autorizzazione cantonale LPMed rilasciata dal Canton Ticino (libero esercizio)
- Copia di tutti i certificati di tirocinio FMH (logbook) relativi ai periodi di attività nei centri svizzeri di perfezionamento professionale e/o copia della valutazione EOC e/o copia dei contratti di lavoro con indicata la percentuale, ev. congedi e il ruolo ricoperto
- Copia attestato di esame linguistico di livello C1 nella lingua italiana ottenuto in Svizzera, oppure copia della maturità liceale svizzera di cui una delle materie fondamentali era la lingua italiana, oppure ancora copia del diploma federale o estero riconosciuto di medico conseguito nella lingua italiana
- Copia lettera di conferma dell'affiliazione a una comunità/comunità di riferimento secondo la LCIP

Il presente è da sottoscrivere di proprio pugno e trasmettere con tutti gli allegati a: Segretariato OMCT, Stabile Qi, Via Cantonale 8, 6805 Mezzovico.

Data e luogo:

Firma e timbro del medico:



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Riservato agli organi OMCT

Disciplina/Titolo di perfezionamento: _____

☐ preavviso favorevole

☐ preavviso negativo

Osservazioni:

Luogo e data:

Firma e timbro OMCT:

La presente pagina verrà riprodotta tante volte quante sono le discipline in cui il medico fa richiesta di autorizzazione.