

Alla COMMISSIONE per gli ISCRITTI nell'ALBO

MEDICI-CHIRURGHI

ODONTOAITRI

RICHIESTA DI PARERE SU PARCELLA

(DA COMPLETARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il sottoscritt Dott. _____

residente in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____

Tel. _____ cell. _____ e mail _____

con studio in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____

iscritto nell'Albo professionale dei Medici Chirurghi con posizione N. _____,

iscritto nell'Albo professionale degli Odontoiatri con posizione N. _____

CONSAPEVOLE SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE:

dal _____ al _____ ha effettuato in favore di:

Sig. (1) _____

Residente in _____ Via _____ n. _____ cap. _____

le prestazioni professionali indicate in dettaglio nella pagina seguente (che costituisce parte integrante dell'istanza), per l'importo totale e complessivo di Euro _____.

POICHÉ IL PAZIENTE RISULTA TUTTORA INSOLVENTE, IL SOTTOSCRITTO CHIEDE CHE CODESTA COMMISSIONE VOGLIA ESPRIMERE IL PROPRIO GIUDIZIO CIRCA LA CONGRUITÀ DEGLI ONORARI.

Ai sensi del combinato disposto dell'art. 3 comma 1 punto e) e comma 2 punto b) del D.L.C.P.S. del 13/09/1946 n. 233 e succ. mod. e integraz., così come modificato dalla legge di riordino delle professioni sanitarie l. n. 3/2018 art. 4; CHIEDE CHE L'ORDINE SI INTERPONGA tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza, tenuto conto che in caso di mancanza di accordo transattivo tra le parti, l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo un'accurata istruttoria, richiedente i necessari tempi tecnici previsti dalle norme e regolamenti vigenti.

Ai sensi del combinato disposto dell'art. 3 comma 1 punto e) e comma 2 punto b) del D.L.C.P.S. del 13/09/1946 n. 233 e succ. mod. e integraz., così come modificato dalla legge di riordino delle professioni sanitarie l. n. 3/2018 art. 4, NON CHIEDE CHE L'ORDINE SI INTERPONGA per addivenire alla conciliazione della vertenza.

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE.

Data _____ Firma _____

(Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

DETTAGLIO ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESTATATA

dal Dott. _____ in favore di _____
(presso (2) _____ in _____)
(Per la compilazione attenersi alle NOTE riportate in calce al modulo)

Riservato all'ufficio

1.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
2.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
3.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
4.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
5.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
6.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
7.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
8.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
9.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
10.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
11.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
12.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
13.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
14.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
15.	_____ € _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>

TOTALE ONORARIO	€ _____	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>
------------------------	---------	--

ACCONTI VERSATI (3) € _____

SOMMA RESIDUA € _____

ANNOTAZIONI:

Data _____ Firma _____

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:

- **APPORRE** sull'istanza **N. 1 MARCA DA BOLLO** da **Euro 16,00**
- **ALLEGARE: N. 1 MARCA DA BOLLO** da **Euro 16,00** (necessaria per il rilascio dell'atto amministrativo

rilasciato dall'Ordine)

- **ALLEGARE** fotocopia in carta semplice con la dicitura "copia conforme all'originale in proprio possesso", datati e firmati di:
 - 1) **RICEVUTE o FATTURE EMESSE;**
 - 2) **ESTRATTI CONTO DA DOVE RISULTINO EVENTUALI PAGAMENTI/ACCONTI GIA' VERSATI DAL CITTADINO;**
 - 3) **PROPOSTA DI CURA/PREVENTIVI ACCETTATI, FIRMATI E DATATI IN OGNI PAGINA DAL CITTADINO ECC..relative alla prestazione e agli ACCONTI VERSATI**
 - 4) **EVENTUALI DIARI CLINICI DA DOVE RISULTINO LA CRONOLOGIA DELLE LE PRESTAZIONI SVOLTE**
 - 5) **CERTIFICAZIONI DEI MATERIALI/FARMACI/ALTRO UTILIZZATI DURANTE LA CURA**

NOTE

(1) Nell' ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri (amministratori di sostegno o ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengono rese per conto dei genitori o tutori legali) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi nelle ANNOTAZIONI.

(2) L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati. Per le parcella odontoiatriche è necessario specificare gli elementi dentari (o le zone di intervento) ed il materiale eventualmente impiegato (es.: n. 4 estrazioni 3.2; 3.4; 2.5; 2.6 €. _____). Se le prestazioni sono state rese presso una Casa di Cura Privata indicare quale. Per gli interventi chirurgici ogni componente dell'equipe provvede autonomamente a richiedere il relativo parere per la parte di propria competenza specificando il ruolo rivestito – es: anestesista, chirurgo operatore, assistente) oltre quanto indicato al punto (3)(per le altre competenze non mediche fara fede la richiesta presentata dal Direttore sanitario della struttura

(3) Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbono essere comprovati allegando copia della relativa ricevuta fiscale od in altro modo ritenuto idoneo.

AVVERTENZE

- Nel caso in cui la **TASSAZIONE del 2% SUPERI** l'importo di **Euro 77,47**, al momento del ritiro del parere, il sanitario dovrà produrre una **MARCA DA BOLLO** da **Euro 2,00**.
- Al momento del **rilascio del parere di congruità**, per la liquidazione degli onorari professionali, l'**Ordine** effettua una **TASSAZIONE** pari al **2% (CON UN MINIMO DI € 25.00)** attraverso il **PAGOPA** computata sulla **INTERA PARCELLA AL LORDO DEGLI ACCONTI VERSATI**,
- **IL RITIRO** dei PARERI rilasciati nonché il **PAGAMENTO** della relativa TASSA è **OBBLIGATORIO**.

N.B.: Se la domanda non è completa di tutte le informazioni richieste la Commissione non sarà in grado di esprimere parere di congruità.