

Alla COMMISSIONE per gli ISCRITTI nell'ALBO dei
MEDICI-CHIRURGI
RICHIESTA DI PARERE SU PARCELLA
(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

MODALITA' di TRASMISSIONE in QUARTA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

1 sottoscritt Dott. _____ residente
in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____
Tel. _____ cell. _____ e mail _____
con studio sito in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____
Tel. _____ iscritto nell'ALBO professionale dei **MEDICI-CHIRURGI** con
posizione N. _____, specialista in (1) _____

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 del_____
Sig. _____ (2) _____ residente in _____
Via _____ n. _____
cap. _____ le prestazioni professionali, indicate in dettaglio nella pagina seguente (che costituisce
parte integrante dell'istanza), per l'importo complessivo di Euro (3) _____.

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

- Ai sensi dell'Art. 3 lett. g) del D.L.C.P.S. del 13/09/1946 n. 233, **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 dell'art. 3 lett. g) del D.L.C.P.S. del 13/09/1946 n. 233, **NON CHIEDE CHE L'ORDINE SI INTERPONGA** per addivenire
alla conciliazione della vertenza.*

IL SOTTOSCRITTO:

- Dichiara di aver preso visione e/o ricevuto informazioni di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 –
GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link:
[INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

Data _____

Firma _____

DETTAGLIO ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESTATA

dal Dott. _____ in favore di _____

(presso (3) _____ in _____)

(Per la compilazione attenersi alle NOTE riportate nella 4^a pagina del modello)

Parte riservata allo Ufficio	
1.	_____
	€ _____
2.	_____
	€ _____
3.	_____
	€ _____
4.	_____
	€ _____
5.	_____
	€ _____
6.	_____
	€ _____
7.	_____
	€ _____
8.	_____
	€ _____
9.	_____
	€ _____
10.	_____
	€ _____
11.	_____
	€ _____
12.	_____
	€ _____
13.	_____
	€ _____

TOTALE ONORARIO € _____

ACCONTI VERSATI (4) € _____

SOMMA RESIDUA € _____

ANNOTAZIONI:

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.^{ra} _____
(*Timbro e firma del funzionario*)

Rilasciata RICEVUTA N.º _____ del _____

[] SCHEDA ANAGRAFICA (DA ALLEGARE)

IL SANITARIO:

- ALLEGA N.º 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 (*DA SPILLARE A LATO*)
- DEVE CONSEGNARE N.º 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 (*PER IL RILASCIO DEL PARERE*)
- CONSEGNA € 16,00 PER L'ACQUISTO DI N.º 1 MARCA DA BOLLO (*CHE D'UFFICIO VERRÀ APPOSTA SUL PARERE*)

**MARCA DA BOLLO
ALLEGATA**

(€ 16,00)
DA APPORRE SULL'ATTO AMMINISTRATIVO
RILASCIATO DALL'ORDINE

DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE	
<input type="checkbox"/> APPROVATO	<input type="checkbox"/> NON APPROVATO
<input type="checkbox"/> APPROVATO CON MODIFICA <input type="checkbox"/> RINVIATA LA TRATTAZIONE <input type="checkbox"/> CONVOCARE IL SANITARIO	<input type="checkbox"/> RICHIESTA CHIARIMENTI <input type="checkbox"/> RICHIESTA DOCUMENTAZIONE <input type="checkbox"/> _____
<i>Data:</i>	<i>Firma:</i>

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 delle RICEVUTE O FATTURE relative agli ACCONTI VERSATI

NOTE

- (1) Indicare l'eventuale titolo di specializzazione che deve essere depositato presso l'Ordine.
- (2) Nell' ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri (ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengono rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.
- (3) L'elenco delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati. Per l'attività odontoiatrica è necessario specificare gli elementi dentari (o le zone di intervento) e 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'équipe provvede autonomamente a richiedere il relativo parere per la parte di propria competenza specificando il ruolo rivestito (chirurgo operatore, assistente, anestesista) e l'attività professionale prestata.
- (4) 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 1,81.
- Al momento del rilascio del parere di congruità, per la liquidazione degli onorari professionali, l'Ordine effettua una TASSAZIONE pari al 2% computata sulla parte di onorario non ancora corrisposto al sanitario.
- Il Consiglio Direttivo nella riunione del 12 ottobre 2004 ha disposto che 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

MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: protocollo@pec.omceoroma.it (allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: info@ordinemedicioroma.it (allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- per **POSTA**, all'indirizzo: **Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA** (allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- a **MANO** in **SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.