

Alla COMMISSIONE per gli ISCRITTI nell'ALBO dei  
**MEDICI-CHIRURGHI**  
**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)

\_\_I\_ 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-CHIRURGHI** 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 4ª pagina del modello)

		Parte riservata allo Ufficio
1. _____	€ _____	
2. _____	€ _____	
3. _____	€ _____	
4. _____	€ _____	
5. _____	€ _____	
6. _____	€ _____	
7. _____	€ _____	
8. _____	€ _____	
9. _____	€ _____	
10. _____	€ _____	
11. _____	€ _____	
12. _____	€ _____	
13. _____	€ _____	
<b>TOTALE ONORARIO</b> € _____		
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.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
*(Timbro e firma del funzionario)*

Rilasciata RICEVUTA N. ° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

[ ]

**SCHEDA ANAGRAFICA (DA ALLEGARE)**

\_\_\_\_\_

IL SANITARIO:

- ☐ ALLEGA N.° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 *(DA SPILLARE A LATO)*
- ☐ DEVE CONSEGNARE N.° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 *(PER IL RILASCIO DEL PARERE)*
- ☐ CONSEGNA € 16,00 PER L'ACQUISTO DI N.° 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"/> <b>APPROVATO</b>	<input type="checkbox"/> <b>NON APPROVATO</b>
<input type="checkbox"/> APPROVATO CON MODIFICA	<input type="checkbox"/> RICHIESTA CHIARIMENTI
<input type="checkbox"/> RINVIATA LA TRATTAZIONE	<input type="checkbox"/> RICHIESTA DOCUMENTAZIONE
<input type="checkbox"/> CONVOCARE IL SANITARIO	<input type="checkbox"/> _____
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 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'elencazione 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'equipe 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](mailto: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@ordinemediciroma.it](mailto:info@ordinemediciroma.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.