**ORDINE PROVINCIALE DEI** **MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI di CROTONE**

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S.13/09/1946 n. 233)

*Viale Regina Margherita 5*

*Tel. 096221240*

APPLICARE

MARCA DA BOLLO

**€ 16,00**

Alla COMMISSIONE per gli ISCRITTI nell’ALBO degli

**MEDICI**

**RICHIESTA DI PARERE SU PARCELLA**

(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

\_l\_ 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 degli **MEDICI** 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. e) del D.Lgs.C.P.S del 13/09/1946 n. 233 e ss.mm.,*  **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. e) del D.Lgs.C.P.S. del 13/09/1946 n. 233 e ss.mm.,*  **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; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL’ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data

Firma



**[ ] INVIO x POSTA** *(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 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. |  |  |  |  |
|  | € |  |  |  |
| **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)*

Prot.  **N.°** del

**[ ] SCHEDA ANAGRAFICA** (DA ALLEGARE)

**IL SANITARIO:**

DEVE CONSEGNARE N.° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 *(PER IL RILASCIO DEL PARERE)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE** |
|  | **APPROVATO**  **NON APPROVATO** |
|  | APPROVATO CON MODIFICA RICHIESTA CHIARIMENTI  RINVIATA LA TRATTAZIONE RICHIESTA DOCUMENTAZIONE  CONVOCARE IL SANITARIO |
| *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**





 Al momento del **rilascio del parere di congruità**, per la liquidazione degli onorari professionali,

l’**Ordine** effettua una **TASSAZIONE** pari:

* a 25,82 per gli onorari fino a 258,23;
* 5% per gli onorari da 258,23 a 1032,91 e comunque non inferiore a 25,82;
* 3% per gli onorari da 1032,91 a 5164,57 e comunque non inferiore a 51,64;
* 2% per gli onorari superiori a 5164,57 e comunque non inferiore a 103,29; per come riportato nella comunicazione FNOMCeO n° 147 del 10/11/1998 e deliberata dal Consiglio Direttivo il 19/02/1999.

Si precisa che detta tassazione è computata sulla parte di onorario non ancora corrisposto al sanitario

Il **RITIRO** dei PARERI rilasciati nonché il **PAGAMENTO** della relativa TASSA è **OBBLIGATORIO.**

Si precisa che: *“…… nella richiesta di Parere di Congruità effettuata dall’Iscritto, non devono essere riportate le*

*prestazioni effettuate a titolo gratuito..*”

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



4