



**OMCeO**  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

**MARCA DA  
BOLLO  
Euro 16.00**

## RICHIESTA DI PARERE SU PARCELLA

**Alla COMMISSIONE per gli ISCRITTI nell'ALBO:**

**ODONTOIATRI**

**MEDICI**

I sottoscritt Dott. \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n°

C.A.P. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

con studio professionale sito in \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_ )

in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo Professionale dei Medici ....., al n°..... - Odontoiatri, al 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 della/del:

Sig. \_\_\_\_ (1) Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Le prestazioni professionali, indicate nel dettaglio nella pagina seguente (che costituisce parte integrante dell'istanza), per l'importo complessivo di € \_\_\_\_\_

**POICHE' IL PAZIENTE RISULTA TUTTORA INSOLVENTE, IL SOTTOSCRITTO CHIEDE CHE  
CODESTA COMMISSIONE VOGLIA ESPRIMERE IL PROPRIO GIUDIZIO CIRCA LA CONGRUITA'  
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.*

IL SOTTOSCRITTO E' 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.eO.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

INVIO per POSTA (Allegare FOTOCOPIA non autenticata di un DOCUMENTO di IDENTITA') – ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n°445/2000

## DETTAGLIO ATTIVITA' PROFESSIONALE PRESTATATA:

dal \_\_\_ Dott. \_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ , Nome: \_\_\_\_\_

in favore di Cognome: \_\_\_\_\_ ,Nome: \_\_\_\_\_

presso la struttura (2) \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE PRESTAZIONE <sup>(3)</sup>		Prezzo prestazione	Parte riservata all'ufficio
1		€	
2		€	
3		€	
4		€	
5		€	
6		€	
7		€	
8		€	
9		€	
10		€	
11		€	
12		€	
13		€	
<b>TOTALE ONORARIO</b>		€	
<b>ACCONTI VERSATI (4)</b>		€	
<b>SOMMA RESIDUA</b>		€ _____	

## 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.ra/Sig.

(timbro e firma dell'incaricato)

**SCHEDA ANAGRAFICA (Da allegare)**

MARCA DA BOLLO  
ALLEGATA (€16)  
DA APPORRE SULL'ATTO  
AMMINISTRATIVO RILASCIATO  
DALL'ORDINE

**IL SANITARIO:**

Allega n°1 MARCA DA BOLLO da € 16 (da spillare a lato)

Deve consegnare n° 1 MARCA DA BOLLO da € 16 (per il rilascio del parere)

Consegna € 16 per l'acquisto di n° 1 MARCA DA BOLLO ( che d'ufficio sarà apposta sul parere)

### DECISIONI ASSUNTE DALLA COMMISSIONE

<b>APPROVATO</b> <input type="checkbox"/>	<b>NON APPROVATO</b> <input type="checkbox"/>
APPROVATO CON MODIFICA	RICHIESTA CHIARIMENTI
RINVIATA LA TRATTAZIONE	RICHIESTA DOCUMENTAZIONE
CONVOCARE IL SANITARIO	ALTRO
Data ____/____/____	Firma

## ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRA':

- APPORRE sull'istanza n° MARCA DA BOLLO da € 16.
  - ALLEGARE n° MARCA DA BOLLO da €16 (necessaria per il rilascio dell'atto amministrativo)
- ALLEGARE fotocopia delle RICEVUTE o FATTURE relative agli ACCONTI VERSATI.

### NOTE:

- (1) *Nell'ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri (ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengano rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.*
- (2) *L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati. E' necessario specificare gli elementi dentari (o le zone di intervento) ed il materiale eventualmente impiegato. 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, anestesista) oltre quanto indicato al punto (2) rivestito (chirurgo operatore, assistente).*
- (3) *La descrizione della prestazione effettuata dovrà essere equivalente a quanto previsto dal D.P.R.17.02.1992, Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 giugno 1992, n. 128, S.O.*
- (4) *Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbano essere comprovati allegando copia della relativa ricevuta fiscale od in altro modo ritenuto idoneo*

## AVVERTENZE

- Al momento del RILASCIO DEL PARERE DI CONGRUITA', per la liquidazione degli onorari professionali, l'Ordine effettua una TASSAZIONE pari al 5% computata sulla parte di onorario non ancora corrisposta al sanitario.

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