



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. _____ Cognome _____ 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 ⁽³⁾		Prezzo prestazione	Parte riservata all'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.ra/Sig.

(timbro e firma dell'incaricato)

SCHEDA ANAGRAFICA (Da allegare)

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)

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

DECISIONI ASSUNTE DALLA COMMISSIONE

APPROVATO <input type="checkbox"/>	NON APPROVATO <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.