



MARCA DA  
BOLLO DA  
EURO 16,00

## RICHIESTA DI PARERE DI CONGRUITÀ SU PARCELLA

Alla Commissione per gli iscritti all'Albo: [ ] dei Medici Chirurghi [ ] degli Odontoiatri (barrare la casella di proprio interesse)

Il/La sottoscritto/a Dott./dott.ssa Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi al  
n° \_\_\_\_\_ Odontoiatri al n° \_\_\_\_\_ (compilare il campo di proprio interesse)  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), in  
Via/P.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
pec: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
con domicilio professionale in \_\_\_\_\_  
Prov. (\_\_\_\_) in Via/Piazza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità e sanzioni  
penali di cui all'art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci  
e conscio/a di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento  
emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, dichiara, sotto  
la propria responsabilità, quanto segue:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ha effettuato in favore del/della paziente  
Sig./sig.ra Cognome: \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, recapiti telefonici fisso \_\_\_\_\_ e/o mobile  
\_\_\_\_\_ le prestazioni professionali, indicate nel dettaglio che  
segue (che costituisce parte integrante della presente istanza), il cui onorario ha  
un importo complessivo pari a € \_\_\_\_\_.

**POICHÈ IL/LA PAZIENTE RISULTA TUTTORA (IN TUTTO O IN PARTE)  
INSOLVENTE**

**CHIEDE**

che codesta Commissione voglia esprimere il proprio parere circa la congruità degli onorari.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. n. 196/2003 il/la sottoscritto/a dichiara di essere informato/a e dà il proprio consenso al trattamento dei dati forniti con la presente istanza per le finalità di cui al medesimo D. Lgs. n. 196/2003.

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

**AI FINI CHE PRECEDONO, IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Sotto la propria responsabilità e sempre consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 D.P.R. n° 445/00 in caso di dichiarazione mendaci e conscio/a di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere dichiara (**allegando copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità**):

1)di aver rilasciato al paziente, ai sensi del D.P.R. 137/2012 e dell'art. 54 del vigente Codice di Deontologia medica, il preventivo delle prestazioni professionali a farsi, del quale allega copia alla presente;

IN ALTERNATIVA che, nello specifico caso, vi sono stati idonei motivi che non hanno permesso la redazione di un preventivo scritto, come da circostanziata relazione allegata alla presente;

2)di allegare una circostanziata relazione sull'attività svolta, con specifico riferimento ai criteri di cui all'art. 9 del "Regolamento per il procedimento di rilascio del parere di congruità dei compensi richiesti dagli iscritti";

3)che l'onorario per il quale si chiede il parere di codesta Commissione riguarda le prestazioni di seguito dettagliate:

N°	DECRIZIONE PRESTAZIONE	ONORARIO PRESTAZIONE	PARTE RISERVATA ALLA COMMISSIONE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

TOTALE € \_\_\_\_\_

TOTALE ACCONTI PERCEPITI € \_\_\_\_\_

**SOMMA RESIDUA € \_\_\_\_\_**

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

Infine, dichiara di essere a conoscenza che:

- I termini per la conclusione del procedimento di cui alla presente richiesta sono pari a 120 giorni;
- Detti termini possono essere sospesi in caso di richieste, da parte di Codesta Commissione, di integrazioni e/o chiarimenti e fino a che gli stessi non vengano resi;
- Per il rilascio del parere qui richiesto è tenuto/a, ai sensi dell'art. 4 co. 2 D. Lgs. C.P.S. 13/09/46 n. 233, al pagamento di una tassa, che Codesto Ordine ha determinato nella misura del 3 (tre)% dell'onorario assentito;
- Sia la presente istanza che il conseguente parere sono soggetti ad imposta di bollo, a mio carico.

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

Firma \_\_\_\_\_