

marca da bollo
€ 16,00

Spett.le
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Messina

alla Commissione per gli iscritti all'Albo

dei Medici Chirurghi

degli Odontoiatri

barrare la casella di interesse

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA' SU PARCELLA

Il/La sottoscritto/a

Dott./Dott.ssa (cognome) (nome)

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi degli Odontoiatri al num

specialista in ⁽¹⁾

Comune di residenza Prov. ()

indirizzo CAP

Telefono Cellulare

email @

PEC @

domicilio professionale in Prov. ()

indirizzo CAP

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 (art. 75 D.P.R. n. 445/2000), dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

dal al ha effettuato in favore di ⁽²⁾

.....

residente nel Comune di Prov. ()

indirizzo CAP

recapiti telefonici fisso e/o mobile

le prestazioni professionali, indicate nel dettaglio che segue (che costituisce parte integrante della presente istanza) ⁽³⁾ il cui onorario ha un importo complessivo pari a €

le prestazioni professionali di cui si allega copia del preventivo di spesa sottoscritto dal paziente

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.L.C.P.S. del 13/09/1946 n.233, così come modificato dall'art.4, comma1, della Legge 11/01/2018, n.3, **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.L.C.P.S. del 13/09/1946 n.233, così come modificato dall'art.4, comma1, della Legge 11/01/2018, n.3, **NON chiede che l'Ordine si interponga** per addivenire alla conciliazione della vertenza

Data _____

Firma _____

Informativa ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali

Il titolare del trattamento dei dati forniti dall'istante è l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, con sede in Via Bergamo, Is.47/A 98124 MESSINA, e-mail: info@omceo.me.it, nella figura del Presidente pro-tempore.

Con delibera del Consiglio Direttivo n.126/2018, l'Ordine ha nominato il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) o Data Protection Officer (DPO) previsto dall'articolo 37 del Regolamento (UE) 2016/679, il cui recapito è: dpo@omceo.me.it

I dati vengono utilizzati dall'Ordine ai soli fini e per il tempo necessario all'evasione della presente istanza.

L'interessato/a può esercitare il diritto di accesso ai dati, di cancellazione (diritto all'oblio), di limitazione del trattamento ed alla portabilità dei dati.

Il/la sottoscritto/a, preso atto della superiore informativa, ai sensi e per gli effetti dell'art.7 del suddetto Regolamento acconsente al trattamento dei dati forniti con la presente istanza.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Il sottoscritto

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il/la richiedente

ha sottoscritto l'istanza in sua presenza

ha presentato l'istanza per il tramite di

.....
data

.....
firma dell'incaricato che riceve l'istanza

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 (art. 75 D.P.R. n. 445/00), dichiara (allegando copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità):

- 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;

- di allegare una circostanziata relazione sull'attività svolta;
- che l'onorario per il quale si chiede il parere di Codesta Commissione riguarda le prestazioni di seguito dettagliate:

N°	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	ONORARIO PRESTAZIONE
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
TOTALE		
ACCONTI PERCEPITI (4)		
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 informazioni, integrazioni e/o chiarimenti e fino a che gli stessi non vengano resi, nonché in caso di esperimento del tentativo di conciliazione e sino alla sua conclusione oltre al periodo feriale ai sensi di legge;
- per il rilascio del parere qui richiesto è tenuto/a, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lett. g) del D. Lgs. C.P.S. 13/09/46 n.233, così come modificato ai sensi della Legge n. 3/2018, al pagamento di una tassa, che Codesto Ordine ha determinato nella misura del 4% dell'onorario assentito;
- sia la presente istanza che il conseguente parere sono soggetti ad imposta di bollo, a carico dell'istante.

Data _____

Firma _____

Decisioni assunte dalla Commissione	
<input type="checkbox"/> APPROVATO	<input type="checkbox"/> NON APPROVATO
<input type="checkbox"/> Approvato con modifica	<input type="checkbox"/> Richiesta chiarimenti
<input type="checkbox"/> Trattazione rinviata	<input type="checkbox"/> Richiesta documentazione
<input type="checkbox"/> Convocazione del sanitario	<input type="checkbox"/> _____
Data	

NOTE

- 1) Indicare l'eventuale titolo di specializzazione che deve essere depositato presso l'Ordine.
- 2) Indicare il nominativo del paziente o dell'azienda in favore dei quali sono state rese le prestazioni.
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 (esempio: 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.

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:

- Apporre sull'istanza una marca da bollo da Euro 16,00.
- Allegare una 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.

AVVERTENZE

- Il rilascio del parere di congruità comporta il pagamento della tassa del 4% calcolata sull'intero onorario rilasciato.
- Per prestazioni effettuate per conto di altri indicare il nominativo e abitazione dei medesimi.
- L'elencazione delle prestazioni deve essere dettagliata con i relativi onorari.
- Se la domanda non è completa di tutte le informazioni richieste la Commissione non sarà in grado di esprimere parere di congruità