

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Oristano

Alla Commissione per gli iscritti
nell'albo dei Medici-Chirurghi/Odontoiatri
omeor@pec.aruba.it

RICHIESTA DI PARERE SU PARCELLA

Il sottoscritt Dott. _____
residente in _____ Via _____ n. _____
c.a.p. _____ Tel. _____ cell. _____
e mail _____ con studio sito in _____
Via _____ n. _____ c.a.p. _____ ,
iscritto nell'ALBO professionale _____ con posizione n. _____,
specialista in _____

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. _____,
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 _____

POICHÉ IL PAZIENTE RISULTA TUTTORA INSOLVENTE, IL SOTTOSCRITTO CHIEDE CHE CODESTA COMMISSIONE VOGLIA ESPRIMERE IL PROPRIO GIUDIZIO CIRCA LA CONGRUITÀ DEGLI ONORARI.

Data _____ Firma _____

DETTAGLIO ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESTATA

dal Dott. _____ in favore di _____
(presso _____ in _____)

1. _____ € _____
2. _____ € _____
3. _____ € _____
4. _____ € _____
5. _____ € _____
6. _____ € _____
7. _____ € _____
8. _____ € _____
9. _____ € _____
10. _____ € _____

TOTALE ONORARIO € _____

ACCONTI VERSATI € _____

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)

Rilasciata **RICEVUTA N.°** _____ del _____

<i>ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:</i>
--

- **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. *E' necessario allegare alla domanda copia del preventivo di spesa sottoscritto dal paziente o, in mancanza, motivare l'assenza del preventivo in annotazioni.*
3. *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.*
4. *Nel caso in cui la richiesta di parere riguardi prestazioni rese in equipe, ogni sanitario che ha partecipato all'atto medico dovrà avanzare individualmente la richiesta del parere.*
5. ***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.*
6. *Se il visto si riferisce ad una perizia/consulenza/certificazione, è sempre necessario allegare copia del/degli elaborati;*

7. *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.*

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