**A ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E ODONTOIATRI**
**DELLA PROVINCIA DI CUNEO**
Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S.13/09/1946 n. 233)
*Via Mameli 4bis - 12100 CUNEO*
*Tel. 0171-692195*
*e-mail: segreteria@omceo.cuneo.it*
*pec: segreteria.cn@pec.omceo.it*

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
**€ 16,00**

Alla COMMISSIONE per gli ISCRITTI nell'ALBO degli
# ODONTOIATRI

# RICHIESTA DI PARERE SU PARCELLA

(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

_l_ sottoscritt_ Dott._ _____ residente in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ Tel. _____ cell. _____ e mail _____ con studio sito in _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ Tel. _____ iscritto nell'**ALBO** professionale degli **ODONTOIATRI** con posizione N. _____, specialista in *(1)* _____

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._ _____ *(2)* _____ 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 *(3)* _____.

**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.Lgs.C.P.S del 13/09/1946 n. 233 e ss.mm.,* **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.Lgs.C.P.S. del 13/09/1946 n. 233 e ss.mm.,* **NON CHIEDE CHE L'ORDINE SI INTERPONGA** *per addivenire alla conciliazione della vertenza.*

**IL SOTTOSCRITTO È 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.e O.

Data _____ Firma _____

**[ ] INVIO x POSTA** *(Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)*

**DETTAGLIO ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESTATA**

dal Dott. _____ in favore di _____

*(presso (3)* _____ *in* _____*)*

*(Per la compilazione attenersi alle NOTE riportate nella 4ª pagina del modello)*

| | | Parte riservata allo 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./Sig.ra _____
*(Timbro e firma del funzionario)*

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

**[ ] SCHEDA ANAGRAFICA** (DA ALLEGARE)

**IL SANITARIO:**

☐ ALLEGA N.° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 *(DA SPILLARE A LATO)*

☐ DEVE CONSEGNARE N.° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 *(PER IL RILASCIO DEL PARERE)*

☐ CONSEGNA € 16,00 PER L'ACQUISTO DI N.° 1 MARCA DA BOLLO *(CHE D'UFFICIO VERRÀ APPOSTA SUL PARERE)*

MARCA DA BOLLO ALLEGATA

(€ 16,00)
DA APPORRE SULL'ATTO AMMINISTRATIVO RILASCIATO DALL'ORDINE

**DECISIONI ASSUNTE dalla COMMISSIONE**

| | |
|---|---|
| ☐ **APPROVATO** | ☐ **NON APPROVATO** |
| ☐ APPROVATO CON MODIFICA | ☐ RICHIESTA CHIARIMENTI |
| ☐ RINVIATA LA TRATTAZIONE | ☐ RICHIESTA DOCUMENTAZIONE |
| ☐ CONVOCARE IL SANITARIO | ☐ _____ |
| *Data:* | *Firma:* |
| …… | …… |

**********

## *ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:*

- **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) 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 (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.*

*(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.*

**AVVERTENZE**

- Nel caso in cui la **TASSAZIONE del 3% SUPERI** l'importo di **Euro 77,47**, al momento del ritiro del parere, il sanitario dovrà produrre una **MARCA DA BOLLO** da **Euro 1,81**.
- Al momento del **rilascio del parere di congruità**, per la liquidazione degli onorari professionali, l'**Ordine** effettua una **TASSAZIONE** pari al **3%** sull'imponibile.
- Il Consiglio Direttivo nella riunione del 19 gennaio 2021 (Delibera n.14) ha disposto che il **RITIRO** dei PARERI rilasciati nonché il **PAGAMENTO** della relativa TASSA è **OBBLIGATORIO.**

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