

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

**MARCA DA  
BOLLO  
€ 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

all'Albo dei Medici Chirurghi al n° \_\_\_\_\_ o 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 (art. 75 D.P.R. n. 445/2000), 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 (art. 75 D.P.R. n. 445/00), dichiara (allegando copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità):

- 1) Di aver rilasciato al paziente, ai sensi dell'art. 9 co. 4 D.L. 24/01/2012 N° 1 (e successive m. ed i.) 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 al documento allegato;
- 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			
<b>TOTALE</b>			
<b>ACCONTI PERCEPITI</b>			
<b>SOMMA RESIDUA</b>			

## 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. 3 co. 1 lett. g) (ex 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 2% (due per cento) dell'onorario assentito;
- Sia la presente istanza che il conseguente parere sono soggetti ad imposta di bollo, a mio carico.

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

Firma \_\_\_\_\_

## CRITERI PARERI DI CONGRUITÀ

- a) Ammontare della controversia (in caso di giudizio pendente, con funzione peritale);
- b) Numerosità (di accessi, sedute, visite ecc.);
- c) Volume documentale;
- d) Spese documentate (rispetto a: distanza, accessibilità, necessità di sopralluoghi ecc.);
- e) Grado di complessità della prestazione professionale;
- f) Utilizzo di proprie apparecchiature (soprattutto se di alto costo);
- g) Intervento di collaboratori (secondi operatori, consulti, esperti di discipline terze, ma connesse ecc.);
- h) Motivazione che non ha permesso la redazione di un preventivo scritto.