Marca da bollo
€ 16,00

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

RICHIESTA DI PARERE DI CONGRUITA' SUGLI ONORARI

Alla Commissione per gli iscritti:

☐ **Albo Medici Chirurghi** ☐ **Albo Odontoiatri**

(barrare la casella di interesse)

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

iscritto all'Albo ☐ dei Medici Chirurghi al n° ____
☐ degli Odontoiatri al n°_____

Residente a _____ Prov. (_____),

in Via/ Piazza _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

E-Mail _____ PEC _____

Con domicilio professionale in _____

in Via/ Piazza _____ n° _____ 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 a favore del

/della paziente sig./sig.ra _____

residente in _____ Prov. (_____),

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____,

recapiti telefonici _____

E-Mail _____ PEC _____

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

POICHE' 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.

Ai fini che precedono, il/la sottoscritto/a sotto la propria responsabilità e sempre consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 DPR n. 445/00 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 dpr 445/00), dichiara (Allegando copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità):

1. di aver rilasciato al paziente ai sensi del DPR 137/2012 e dell'articolo 54 del vigente codice di deontologia medica, il preventivo delle prestazioni professionali da erogare, 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'articolo 8 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 questa Commissione riguarda le prestazioni di seguito dettagliate:

n°	Descrizione della prestazione	Onorario prestazione	Parte riservata alla Commissione
	Totale		
	Acconti percepiti		
	Somma residua		

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

☐ Preventivo
☐ Relazione professionale
☐ Parcella/Notula

☐ Polizza Assicurativa
☐ Fatture emesse
☐ Solleciti di pagamento
☐ Documentazione sanitaria pertinente
☐Consenso del paziente al trattamento dei suoi dati personali (privacy)

☐Copia del consenso all'atto medico
☐ Altra documentazione (se necessario)_____

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 90 giorni;
- detti termini possono essere sospesi in caso di richieste da parte della Commissione di integrazioni e/o chiarimenti, fino a che gli stessi non vengano resi;
- per il rilascio del parere qui richiesto è tenuto/a ai sensi della deliberazione consiliare n.20 del 7/1995 al pagamento di una tassa nella misura del 3% dell'importo dell'intera prestazione;
- Sia la presente istanza che il conseguente parere sono soggetti ad imposta di bollo a suo carico.

Data_____ Firma_____

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Firenze, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 pubblicata nell'apposita sezione del sito istituzionale dell'Ordine.