



Marca da Bollo € 16,00

## **RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA'**

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI

ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Il/la sottoscritto/a dott.ssa \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E.mail/PEC \_\_\_\_\_

iscritto/a all'Albo Provinciale degli Odontoiatri di Siracusa al n. \_\_\_\_\_

specialista in \_\_\_\_\_

fa presente che dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ha effettuato in

favore del/della Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

le seguenti prestazioni professionali :

1. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

10. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
11. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
12. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
13. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
14. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
15. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
16. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
17. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
18. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
19. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
20. \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

TOTALE ONORARIO € \_\_\_\_\_

ACCONTI VERSATI € \_\_\_\_\_

SOMMA RESIDUA € \_\_\_\_\_

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruità dei predetti onorari.

Inoltre (barrare una delle due opzioni).

Ai sensi dell'art.3 lett. g) del DLCPS del 13/09/46 n. 233, **si richiede** 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. g) del DLCPS del 13/09/46 n. 233,  **non si richiede** all'Ordine di interpersi per addivenire alla conciliazione della vertenza.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

1. Per prestazioni effettuate per conto d'altri indicare il nominativo e abitazione dei medesimi
2. L'elencazione delle prestazioni deve essere dettagliata con i relativi onorari indicati.
3. Allegare marca da bollo da € 16,00.
4. Ricevuta del bonifico bancario pari al 4% della somma di cui si richiede la congruità, da effettuare alle seguenti coordinate bancarie:

**CREDITO VALTELLINESE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI SIRACUSA**

**Codice IBAN IT 10J0521617102000000140396**

### **Autorizzazione al Trattamento dei Dati Personali**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma

Luogo e data \_\_\_\_\_