

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI PISA**

Inviare tramite PEC a: [segreteria.pi@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pi@pec.omceo.it)

**Richiesta di Parere di Congruità sugli Onorari Professionali**

Imposta di bollo assolta in modo virtuale (2° comma art. 15 DPR 642/72) - Autorizzazione n. 19898/2021 del 29/03/2021 - Agenzia Delle Entrate - Direzione Provinciale di Pisa - Ufficio Territoriale di Pisa.

Alla COMMISSIONE per gli ISCRITTI nell'ALBO

ODONTOIATRI

MEDICI CHIRURGHI

Il/la sottoscritto/a Dott./dott.ssa Cognome  Nome

Residente in  Prov.  C.A.P.

indirizzo e n. civico

Cell.

e-mail:  @

PEC:  @

con studio professionale sito in  Prov.  C.A.P.

indirizzo e n. civico

iscritto/a all'Albo  ODONTOIATRI al n.   MEDICI CHIRURGHI al n.

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/della:

Sig/ra (1) Cognome  Nome

Residente in  Prov.  C.A.P.

indirizzo e n. civico

Le prestazioni professionali, indicate nel dettaglio nella pagina seguente (che costituisce parte integrante dell'istanza), per l'importo complessivo di €

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

IL SOTTOSCRITTO E' 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.eO.

Data

Firma \_\_\_\_\_

**Allegare**

- **Copia del preventivo di spesa sottoscritto dal paziente, ai sensi dell'articolo 9, comma 4, D.L.1/2012 e s.m.i. (in mancanza di preventivo scritto l'istanza non potrà essere accolta)**
- ricevuta del versamento dell'imposta di bollo da € 16,00
- FOTOCOPIA delle RICEVUTE o FATTURE relative agli ACCONTI VERSATI
- FOTOCOPIA non autenticata di un DOCUMENTO di IDENTITÀ

**N.B. In caso di istanza incompleta di tutte le informazioni e gli allegati richiesti, la Commissione NON sarà in grado di esprimere il parere di congruità**

## DETTAGLIO ATTIVITA' PROFESSIONALE PRESTATATA:

dal/la dott./dott.ssa Cognome  Nome

in favore di Cognome  Nome

presso la struttura (2)  in

DESCRIZIONE PRESTAZIONE (3)		Prezzo prestazione
1	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
5	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
6	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
7	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
8	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
TOTALE ONORARIO		€ <input type="text"/>
ACCONTI VERSATI (4)		€ <input type="text"/>
SOMMA RESIDUA		€ <input type="text"/>

### ANNOTAZIONI:

Data

Firma \_\_\_\_\_

### NOTE:

- (1) *Nell'ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri (ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengano rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi, nella sezione ANNOTAZIONI.*
- (2) *L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati. È necessario specificare gli elementi dentari (o le zone di intervento) e il materiale eventualmente impiegato. 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).*
- (3) *La descrizione della prestazione effettuata dovrà essere equivalente a quanto previsto dal D.P.R.17.02.1992, Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 2 giugno 1992, n. 128, S.O.*
- (4) *Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbano essere comprovati allegando copia della relativa ricevuta fiscale od in altro modo ritenuto idoneo*

### AVVERTENZE

**Per il rilascio del parere è dovuta all'Ordine una tassa pari al 3% dell'onorario globale, oltre al versamento dell'imposta di bollo da € 16,00, da versarsi al momento del rilascio del parere stesso, tramite versamento PagoPA**