

**Spett.le**  
**Commissione per gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi**  
**Sede**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa .....nato/a  
 a ..... il ..... residente in ....., via  
 ..... n. ...., c.a.p. ...., tel. ....,  
 iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi al n. .... di posizione, 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:

		Parte riservata all'Ufficio
1.	_____ Euro _____	_____
2.	_____ Euro _____	_____
3.	_____ Euro _____	_____
4.	_____ Euro _____	_____
5.	_____ Euro _____	_____
6.	_____ Euro _____	_____
7.	_____ Euro _____	_____
8.	_____ Euro _____	_____
9.	_____ Euro _____	_____
10.	_____ Euro _____	_____
11.	_____ Euro _____	_____
12.	_____ Euro _____	_____
13.	_____ Euro _____	_____
14.	_____ Euro _____	_____
15.	_____ Euro _____	_____
TOTALE ONORARIO	_____ Euro _____	_____
ACCONTI VERSATI	_____ Euro _____	_____
SOMMA RESIDUA	_____ Euro _____	_____

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

Inoltre:

( a ) Ai sensi dell'art. 3 lett. g) del DLCPS del 13/09/1946 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 transativo 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.

( b ) Ai sensi dell'art. 3 lett. g) del DLPCS del 13/09/1946 n. 233, non si richiede all'Ordine di interporci per addivenire alla conciliazione della vertenza.

Data:.....

Firma:.....

#### AVVERTENZE

- A) **Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbono essere approvati esibendo copia della relativa ricevuta fiscale od in altro modo ritenuto idoneo.**
- B) **La domanda deve essere dattiloscritta (o redatta in stampatello).**
- C) **E' necessario ALLEGARE una marca da bollo da Euro 16,00**
- D) **La tassa dovuta all'Ordine per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari professionali è pari al 3% dell'onorario professionale globale fino all'importo di Euro 5164,57, sull'eccedenza a detto importo la tassa dovuta è pari all'1%.  
Nel caso di parziale corresponsione di detto onorario, la suddetta aliquota viene computata sulla parte di onorario non ancora corrisposto.**
- E) **Nel caso in cui la suddetta tassa superi l'importo di Euro 77,47, al momento del ritiro del parere, il sanitario deve produrre una marca da bollo da Euro 2,00.**

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