



ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI  
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI

**RICHIESTA PARERE CONGRUITA'**

Il sottoscritto Dott./Prof. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Tel. Studio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri con posizione n. \_\_\_\_\_

specialista in \_\_\_\_\_ fa presente che

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ha effettuato in favore del

Sig. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ 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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

---

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

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Perugia, nella seduta del \_\_\_\_\_, su conforme parere della Commissione \_\_\_\_\_, ha ritenuto che la presente parcella onorari del Prof./Dott. \_\_\_\_\_ è congrua .

Perugia, \_\_\_\_\_

**IL PRESIDENTE**  
(Dott. Graziano Conti)

ALLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI  
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI

**RICHIESTA PARERE CONGRUITA'**

Il sottoscritto Dott/Prof \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Tel. Studio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri con posizione n. \_\_\_\_\_

specialista in \_\_\_\_\_ fa presente che

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ha effettuato in favore del

Sig. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ 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.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**AVVERTENZE:**

- Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente da comprovare seguendo copia della relativa ricevuta fiscale o in altro modo ritenuto idoneo.
- La richiesta di parere di congruità deve essere dattiloscritta o redatta in stampatello su duplice modello allengando una marca da bollo da € 16,00.
- La tassa per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari professionali è fissata in € 25 sino all'onorario di € 258,23; da € 258,23 a € 1032,91 è pari al 5% e, comunque, non inferiore a € 25; da € 1.032,91 a € 5.164,57 è pari al 3% e, comunque, non inferiore a € 51,65, oltre a € 5.164,57 è pari al 2% e, comunque non inferiore a € 103,29.
- Al momento del deposito della richiesta di parere di congruità deve essere versata la somma di € 25 da imputarsi alla tassa da pagare all'atto del ritiro del parere medesimo.

---

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

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Perugia, nella seduta del \_\_\_\_\_, su conforme parere della Commissione \_\_\_\_\_, ha ritenuto che la presente parcella onorari del Prof./Dott. \_\_\_\_\_ è congrua.

Perugia, \_\_\_\_\_

IL PRESIDENTE  
(Dott. Graziano Conti)

**ALLEGATO ALLA RICHIESTA DI  
PARERE DI CONGRUITA'**

Io sottoscritto Dott./Prof. \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in merito alla richiesta di parere di congruità per l'onorario esatto in riferimento alle prestazioni  
effettuate al/alla Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- ALLEGO preventivo scritto delle prestazioni che dichiaro essere stato regolarmente consegnato al paziente

ovvero

- DICHIARO<sup>1</sup> di non aver consegnato preventivo scritto al paziente ma che egli era informato del preventivo in quanto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ovvero

- DICHIARO<sup>2</sup> di non aver potuto informare il paziente del costo delle prestazioni in quanto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Inserire motivazioni se esistenti (es. preventivo comunicato a voce, ovvero prestazioni analoghe già effettuate in passato ecc.)

<sup>2</sup> Inserire eventuali motivazioni che aiutino a meglio comprendere le tariffe applicate (es.: particolare complessità, difficoltà incontrate, particolari agevolazioni fornite ecc.)