

Marca da bollo di 16,00

RICHIESTA PARERE DI CONGRUITA' ALLA COMMISSIONE ALBO MEDICI

Alla Commissione per gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di PIACENZA

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di questa provincia al n _____ dal _____

COMUNICA

che ha effettuato la prestazione professionale in favore del Sig./Sig.ra _____

presso il proprio studio sito in Via _____ N _____ cap _____

per un totale di € _____ (1) come da promemoria allegato.

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente il sottoscritto chiede che la Commissione competente voglia esprimere il suo parere circa la congruità dell'onorario indicato.

- ☐ Si allega copia del preventivo di spesa sottoscritto dal paziente.
- ☐ Non è stato sottoscritto un preventivo di spesa per i seguenti motivi :

_____ (*)

Inoltre:

- ☐ Ai sensi dell'art. 3 lettera 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 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 lettera g) del DLCPS del 13.09.1946 n. 233 non si richiede all'Ordine di interporli per addivenire alla conciliazione della vertenza. (*)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016

La presente informativa viene resa in adempimento del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali (Regolamento europeo 2016/679) come adeguata all'ordinamento giuridico italiano dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

Il Titolare del trattamento, ovvero l'ente che assume le decisioni in merito alle modalità e alle finalità del trattamento, è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Piacenza, con sede in Piacenza, Via San Marco n. 27, CAP 29121, tel. 0523 323848, indirizzo mail info@ordinemedici.piacenza.it, PEC segreteria.pc@pec.omceo.it

Il Responsabile per la protezione dati (RPD) è contattabile ai recapiti del Titolare e via mail al seguente indirizzo: dpo@ordinemedici.piacenza.it

I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo vengono trattati per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (D.Lgs. CPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità di ottemperare all'istanza presentata.

I dati da Lei forniti possono essere comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal Regolamento europeo privacy 2016/679 come adeguato alla normativa italiana dal d.lgs. 101/2018. Essi verranno trattati sia utilizzando mezzi informatici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei e saranno conservati per la durata prevista dalle vigenti normative.

Le ricordiamo che, in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 15 del Regolamento europeo (Diritti di accesso dell'interessato), rivolgendosi al Titolare come sopra individuato.

La informiamo inoltre che Lei ha diritto di proporre un reclamo all'Autorità di controllo ovvero l'autorità per la protezione dei dati personali nazionale o di qualunque altro paese dell'Unione Europea.

Data _____

Firma _____

Allegato: promemoria di parcella con lavori eseguiti e relativo onorario indicati dettagliatamente.

(1) indicare l'importo totale della prestazione, comprensivo anche degli eventuali acconti già versati dal paziente

(2) allegare 1 marca da bollo di € 16,00 per il parere emesso dall'Ordine

(*) barrare la voce interessata