
 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	RICHIESTA PARERE CONGRUITA' <i>Medici</i>	DATA EMISSIONE	19/02/2024
		REVISIONE	01
		INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 – R18
		NORMA DI RIFERIMENTO	

(Scrivere in stampatello)

Bollo da
€. 16,00

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara.

Il/la sottoscritto/a _____
 residente a _____ prov. _____
 CAP _____ Via/P.zza _____ n. _____
 domiciliato (solo se diverso dalla residenza) a _____
 prov. _____ CAP _____ Via/P.zza _____ n. _____
 Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
 PEC _____ .iscritto/a
 nell'Albo professionale dei Medici Chirurghi al n. _____ specialista in _____

 fa presente che dal _____ al _____ ha
 effettuato in favore del/della sig./sig.ra _____
 residente in _____ prov. _____
 Via/P.zza _____ n. _____ CAP _____
 le seguenti prestazioni medico chirurgiche:

	PRESTAZIONE	IMPORTO
	€.
	€.
	€.

	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....
	€.....

TOTALE ONORARIO	€.....
ACCONTI VERSATI	€.....
SOMMA RESIDUA	€.....

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesto Consiglio voglia esprimere il proprio parere circa la congruità dei predetti onorari e procedere all'opinamento della parcella.

Il/la sottoscritto/a _____,
inoltre, dichiara di essere informato/a, ai sensi del regolamento UE 2016/679, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e dati personali particolari e di esprimere consenso al trattamento dei medesimi sottoscrivendo l'allegata informativa.

Luogo e data _____ Firma * _____

(*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI FERRARA**

Ferrara,

Prot. n.

Io sottoscritto, dott. Bruno Di Lascio - in qualità di Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Ferrara - attesto che il Consiglio Direttivo dell'Ordine, nella seduta del _____, **ha deliberato** di esprimere parere favorevole sulla congruità delle tariffe applicate dal dott./dalla dott.ssa _____ per prestazioni medico chirurgiche eseguite a favore di _____ residente in _____ prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____

Si opina pertanto in €. _____

Tassa a carico €. _____

IL PRESIDENTE
Dott. Bruno Di Lascio



Ordine dei
Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di
FERRARA

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt.13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, l'OMCeO della provincia di Ferrara, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile al link "PRIVACY POLICY" del sito dell'Ordine - ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti, il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento, il Responsabile della protezione dei dati", i cui dati di contatto sono forniti nell'informativa in formato integrale, disponibile al link "PRIVACY POLICY" nel sito dell'Ordine.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

Io sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Ferrara, li _____

L'interessato al trattamento dei dati
(art. 4, comma 11, Reg. UE 2016/679)