

## **PARERE CONGRUITA' PARCELLE MEDICI CHIRURGHI**

**I moduli per iscriversi all'Albo Medici Chirurghi o all'Albo Odontoiatri (in bollo), per trasferirsi da altro Ordine (in bollo), per cancellarsi dall'Albo (in bollo), per la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, per la dichiarazione sostitutiva di certificazione, per la richiesta di autorizzazione alla pubblicità sanitaria sono basati sui principi della semplificazione della documentazione amministrativa (T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) pertanto possono:**

- 1) essere firmati presso gli Uffici dell'Ordine, in presenza dell'impiegato addetto**
- 2) inviati tramite fax purchè accompagnati dalla fotocopia di un documento di identità valido dell'interessato che sottoscrive il modulo**
- 3) presentati allo sportello degli Uffici dell'Ordine purchè accompagnati dalla fotocopia di un documento di identità valido dell'interessato che sottoscrive il modulo.**

**Nel caso al modulo si debbano allegare ricevute, fotografie e altra documentazione queste devono pervenire o essere presentate all'Ordine in originale, indipendentemente dalla procedura utilizzata per l'invio del modulo.**

**BOLLO DA € 16,00**

*Spett.le Consiglio dell'OMCeO di Pavia*

Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ dichiaro di  
aver eseguito le sottoindicate prestazioni mediche al  
Sig. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
nel periodo \_\_\_\_\_:

<b>prestazioni</b>	<b>prezzo unitario</b>	<b>totale</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Totale** \_\_\_\_\_

Acconti fatturati € \_\_\_\_\_ .

Chiedo il parere di congruità a codesta Commissione.

In fede.

**data** \_\_\_\_\_

**firma** \_\_\_\_\_

compilare possibilmente a macchina o in stampatello