



Ordine delle Professioni Infermieristiche – Roma

ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI ROMA

Modulo per la richiesta dei pareri di congruità

l sottoscritt_ _____
residente in _____ Via _____ n. _____
c.a.p. _____ Tel. _____ cell. _____
e mail _____
iscritto all'Albo degli Infermieri/Infermieri Pediatrici con posizione N. _____,

CONSAPEVOLE SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ' QUANTO SEGUE:

dal _____ al _____ ha effettuato in favore
del_ Sig._ _____
residente in _____
Via _____ n. _____ cap. _____
le prestazioni professionali, indicate in dettaglio nella pagina seguente (che costituisce parte integrante dell'istanza), per l'importo complessivo di Euro _____.

POICHÉ IL PAZIENTE RISULTA TUTTORA INSOLVENTE, IL SOTTOSCRITTO CHIEDE CHE CODESTA COMMISSIONE VOGLIA ESPRIMERE IL PROPRIO GIUDIZIO CIRCA LA CONGRUITÀ DEGLI ONORARI.

- Ai sensi dell'art. 3 lett. e) del D.Lgs.C.P.S del 13/09/1946 n. 233 e ss.mm, **CHIEDE** 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 lett. e) del D.Lgs.C.P.S del 13/09/1946 n. 233 e ss.mm, **NON CHIEDE** CHE L'ORDINE SI INTERPONGA per addivenire alla conciliazione della vertenza.

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE IN CONFORMITÀ' AL REGOLAMENTO EUROPEO n. 2016/679.

Data _____ Firma _____

DETTAGLIO ATTIVITÀ PROFESSIONALE PRESTATATA

Dall'Infermiere. _____ in favore di _____

presso _____ in _____

		Riservato Ufficio
1	Euro .....	.....
2	Euro .....	.....
3	Euro .....	.....
4	Euro .....	.....
5	Euro .....	.....
6	Euro .....	.....
7	Euro .....	.....
8	Euro .....	.....
9	Euro .....	.....
10	Euro .....	.....
	Totale Euro .....	.....
	Acconti versati (4) Euro .....	.....
.....	Somma residua Euro .....	.....

ANNOTAZIONI:

Data _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.ra _____

(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N. ° _____ del _____

[] SCHEDA ANAGRAFICA (DA ALLEGARE)

L'INFERMIERE:

- ALLEGA N.° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 (DA SPILLARE A LATO)
- DEVE CONSEGNARE N.° 1 MARCA DA BOLLO DA € 16,00 (PER IL RILASCIO DEL PARERE)
- CONSEGNA € 16,00 PER L'ACQUISTO DI N.° 1 MARCA DA BOLLO (CHE D'UFFICIO VERRÀ APPOSTA SUL PARERE)

**MARCA DA BOLLO
ALLEGATA
(€ 16,00)
DA APPORRE SULL'ATTO
AMMINISTRATIVO RILASCIATO
DALL'ORDINE**