

MARCA DA BOLLO  
€ 14,62

Bologna,

- **AL PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE MEDICA DELL'ALBO DEI MEDICI  
CHIRURGI DELL'ORDINE DEI MEDICI DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA  
DI BOLOGNA**

OGGETTO: Richiesta approvazione parcella.

Il sottoscritto Dott./Prof.....

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi al n.....

Dal..... specialista in.....

Con studio medico sito in.....

Via.....

CHIEDE

L'approvazione della presente parcella per prestazioni sanitarie erogate a favore di:

---

| data<br>prestazione | prestazione secondo le<br>voci del tariffario<br>D.P.R. 17.2.1992 | importo<br>singola<br>prestazione |
|---------------------|---|-----------------------------------|
|---------------------|---|-----------------------------------|

---

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

|                     |   |                                   |
|---------------------|---|-----------------------------------|
| data<br>prestazione | prestazione secondo le<br>voci del tariffario<br>D.P.R. 17.2.1992 | importo<br>singola<br>prestazione |
|---------------------|---|-----------------------------------|

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

TOTALE L.....

In fede 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 PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

L'identità è stata accertata a mezzo .....n.....  
Rilasciato il .....da.....

Data..... Firma del legalizzante.....  
(qualifica professionale C1/B2)