**Allegato A al REGOLAMENTO SULLE MODALITA’ DI CONCESSIONE DEI PARERI DI CONGRUITA’ SUGLI ONORARI DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI**

**- Domanda di parere di congruità.**

**Al Consiglio dell’Ordine**

**Degli Psicologi della Toscana**

**Via Panciatichi 38/5**

**50127 FIRENE**

**oppure tramite PEC a** [**psicologi.toscana@pec.aruba.it**](mailto:psicologi.toscana@pec.aruba.it)

# DOMANDA DI PARERE DI CONGRUITA’ sui corrispettivi professionali

Richiedente *(Cognome e nome/Denominazione sociale)*…………………………………………………...…… in qualità di

Professionista incaricato Committente

Via……………………………………………...…….…... Città …………………………………….. CAP ……….…..

Tel. ……………… Fax. …….....…..… E-mail ……………….……......……….PEC ....….………….....…………...

Codice fiscale……………………….…..……….……… Partita IVA ………………………………………………….

*Se il richiedente è il Professionista incaricato:*

Il sottoscritto dichiara di

* essere iscritto all’Ordine degli Psicologi della Toscana al numero iscrizione……………

Prestazione professionale……………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

Località di svolgimento della prestazione ……………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………

Professionista incaricato *(se diverso dal richiedente)* ………………………..……………………………………………..

con recapito (indirizzo, telefono, fax, e-mail, PEC)..............................................................................................

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

Committente *(se diverso dal richiedente)*…………………………….…..…………………………….…………………….

con recapito (indirizzo, telefono, fax, e-mail, PEC)..............................................................................................

* Motivazione della richiesta: contenzioso altro *(Specificare)*

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

Importo € …………………………………………………………………………………………………………………..

*(importo globale dei corrispettivi richiesti senza detrazione degli eventuali acconti ricevuti, IVA, quota Cassa previdenza)*

* La richiesta di pagamento è stata presentata al Committente in data ..........................................................

Il richiedente, consapevole delle responsabilità conseguenti la veridicità di quanto dichiarato nella presente richiesta, allega:

* copia del consenso informato alla prestazione sottoscritto dal committente
* copia della pattuizione del compenso delle prestazioni
* in assenza di consenso informato, Autocertificazione di cui al Modulo B
* 1 copia della sintetica relazione cronologica delle prestazioni svolte dal professionista e delle circostanze verificatesi in fase di svolgimento dell’incarico, comprensiva degli eventuali precedenti pareri di congruità già emessi dall'Ordine;
* 1 copia della/e notule professionali trasmesse al Committente;
* documenti, in originale o in copia, che siano utili a comprovare la natura e l’entità delle prestazioni eseguite (ad es. copia del progetto, atti amministrativi connessi, ecc.);
* copia dell'autorizzazione dell'Amministrazione per lo specifico incarico per gli psicologi dipendenti di enti pubblici o, in difetto, la dichiarazione di assenza;

A richiesta dell’Ordine il richiedente si impegna comunque a fornire ulteriori documenti integrativi.

Tutta la documentazione cartacea dovrà essere firmata dal richiedente.

**In caso di invio telematico dal 1 marzo alla casella PEC dell’Ordine**, si allegherà anche modello di **AUTOCERTIFICAZIONE** **per invio telematico imposta di bollo.**

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e ciò anche ai fini di quanto previsto dal *Regolamento sulle modalità di concessione dei pareri di congruità sugli onorari delle prestazioni professionali* in uso dal presente Ordine del quale il richiedente dichiara espressamente di avere preso visione essendone quindi edotto.

Data, ……………………… IL RICHIEDENTE