



UOC Affari Generali
Dipartimento Amministrativo e delle Risorse Umane
Servizio Archivistico Aziendale

Prot. del

ASL Roma 1

N. 0034684 del 03/03/2023 - Interno



05809120230034684100

A TUTTI I
DIRETTORI/RESPONSABILI DI
AREA/DIPARTIMENTO/DISTRETTO/
UU.OO.CC./UU.OO.SS.DD.

E.p.c. Direttore Generale f.f.
Dott.ssa Roberta Volpini

e p.c. Direttore Sanitario
Dott. Gennaro D'agostino

OGGETTO: Procedura per lo spostamento e/o trasferimento della documentazione sanitaria e amministrativa tra le sedi interne della ASL Roma 1.

A integrazione della nota prot. 18919 del 6.02.2023 e al fine di uniformare le procedure da svolgersi in materia di gestione documentale, in seguito al trasferimento di dimora o di sede dell'archivio, lo stesso dovrà essere preventivamente comunicato al Responsabile della Gestione Documentale all'indirizzo: servizioarchivistico@aslroma1.it

Si trasmette, pertanto, in allegato, il modulo "Comunicazione trasferimento documentazione" che le riceventi strutture dovranno aver cura di diffondere e attuare.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

Il Responsabile della gestione documentale

Dott.ssa Patrizia Ricca

Il Direttore UOC Affari Generali

Dott.ssa Gloria Ciccarelli

Allegato: Modulo comunicazione trasferimento documentazione.





Comunicazione trasferimento documentazione

UOC Affari Generali
Dipartimento Amministrativo e
delle Risorse Umane
Servizio Archivistico

Prot. N.....del.....

Dipartimento/Area/Distretto/UOC/UOS/DI/UOS: _____

Tipologia della documentazione:

Sanitaria: (allegare il file inventariale)

Amministrativa: (specificare) _____

Estremi cronologici:

Periodo di Riferimento dal _____ al _____

Consistenza della documentazione:

⇒ **Faldoni:** (numero o metri lineari) _____

⇒ **Altro:** _____

N° Scatole da trasporto: _____

Attuale sede di collocazione della documentazione:

Presso: _____

Da trasferire ai locali ubicati:

Presso: _____

Modalità di realizzazione dello spostamento/trasferimento:

Ditta trasporto _____ **data** _____

Mezzo proprio _____ **data** _____

Nominativo Referente della Struttura: _____ **nr. Telefonico:** _____

TIMBRO E FIRMA DEL DIRETTORE DISTRETTO/AREA/ U.O.C

PER APPROVAZIONE
IL RESP.LE DELLA CONSERVAZIONE DOCUMENTALE ASL ROMA I

