MODULO A

**Richiesta di documentazione sanitaria Ospedale Oftalmico**

**DATI DELL’INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Identificazione a cura dell’ufficio preposto:**

Estremi del documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rilasciato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* se minore, autocertificare la potestà genitoriale (**allegare modulo E**)
* se deceduto, indicare la relazione di parentela in qualità di erede legittimo (**allegare** **modulo C**)

**DATI DEL RICHIEDENTE**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estremi del documento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rilasciato il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** il rilascio di copia della seguente documentazione sanitaria:

* Verbale o Cartella Clinica di Pronto Soccorso (copie successive alla prima) **€ 5,00**
* Cartella Clinica di Day Hospital o di Ricovero Ordinario **€ 15,00**
* Altra documentazione sanitaria (**allegare modulo D**) **€ 7,00**

riferita al periodo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ reparto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. copie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A tal fine, autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il pagamento della suddetta documentazione può essere effettuato presso il CUP al momento della richiesta oppure tramite bonifico bancario su IBAN IT32 P 08327 03398 000000001060 intestato ad ASL Roma 1, inviando il presente modulo, la ricevuta di pagamento e la fotocopia del documento di identità all’indirizzo e-mail [archivio.oftalmico@aslroma1.it](mailto:archivio.oftalmico@aslroma1.it).

**N.B**. **Nella causale di pagamento, inserire i dati di riferimento della richiesta in stampatello.**

**RICHIESTA DI SPEDIZIONE:**

**VIA E-MAIL** al seguente indirizzo (SCRIVERE IN STAMPATELLO): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AL DOMICILIO** tramite Poste Italianecon raccomandata semplice al costo di:

* **€ 7,00** cadauno in tutta Italia
* **€ 12,00** cadauno al di fuori dell’Italia

Si chiede che detta documentazione venga recapitata al seguente indirizzo (se diverso da quello sopra indicato):

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, inoltre, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., che regola il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della documentazione richiesta avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, il quale prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es. familiare, portiere dello stabile), sollevando pertanto la ASL Roma 1 da ogni responsabilità legata allo smarrimento o alla visione della corrispondenza da parte di terzi non autorizzati.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per la conferma di recapito della richiesta o per informazioni sullo stato di avanzamento della stessa è possibile rivolgersi al n. 06/68352647, dallunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 12.00. La cartella clinica sarà rilasciata di norma entro 30 giorni lavorativi. Si informa che la documentazione sanitaria, una volta riprodotta, è disponibile 6 mesi per il ritiro, trascorsi i quali verrà distrutta senza diritto al rimborso.

**N.B. Si ricorda all’utenza di munirsi di delega e del documento di identità del delegante (in originale o in copia controfirmata dal titolare) nel caso in cui il ritiro della documentazione sanitaria venga effettuato da terzi.**