

Richiesta di documentazione sanitaria Regina Coeli

Paziente Detenuto

DATI DELL'INTESTATARIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____
e residente a _____ in Via _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

A cura dell'Amministrazione Penitenziaria per verifica posizione giuridica e relativa autorizzazione al rilascio:

- Si autorizza
- Non si autorizza

CHIEDE il rilascio della seguente documentazione sanitaria:

- Riproduzione del Diario Clinico **€ 15,00**
- Riproduzione di esami radiografici RX (cadauno) **€ 10,00**

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

Data _____ Firma _____

Richiesta da parte dell'Avvocato

Richiesta dalla libertà

PERIODO DI DETENZIONE PRESSO LA C.C. REGINA COELI

DAL GIORNO _____ AL GIORNO _____

Al ritiro della documentazione sanitaria si allegano alla presente richiesta:

- Fotocopia leggibile Documento di Identità;
- Copia della ricevuta di avvenuto pagamento sul c/c;
- Delega nel caso che la richiesta sia avanzata e/o il ritiro sia effettuato da persona diversa dall'intestatario

Il pagamento della suddetta documentazione deve essere effettuato con le seguenti modalità:

- **Richiesta da paziente detenuto o da parte dell'Avvocato**

Il pagamento avverrà tramite Ufficio Conti Correnti dell'Amministrazione Penitenziaria la quale provvederà mensilmente ad effettuare bonifico tramite c/c bancario IT32 P 08327 03398 000000001060 intestato ad ASL Roma 1, Borgo S. Spirito 3 - 00193 Roma.

- **Richiesta dalla Libertà**

Il pagamento avverrà direttamente su c/c bancario IT32 P 08327 03398 000000001060 intestato ad ASL Roma 1, Borgo S. Spirito 3 - 00193 Roma.

N.B. Nella causale di versamento indicare "Richiesta di documentazione sanitaria" e inserire i dati di riferimento della richiesta in stampatello.

Data _____ Firma _____