SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

ALLEGATO 13 del Manuale di Gestione

Richiesta di documentazione sanitaria

(Barrare la casella di interesse)

☐ Ospedale Oftalmico;

☐ Ospedale N. Regina Margherita;

☐ Centro S. Anna;

Richiedere all' Archivio dell' Ospedale Santo Spirito:

☐ Ospedale S. Spirito; ☐ Ospedale G. Eastman; ☐ Ospedale S. Giacomo; ☐ Ex Istituto Materno Regina Elena

Richiedere all' Archivio dell' Ospedale San Filippo Neri:

☐ Ospedale San Filippo Neri; ☐ Casa di Cura Valle Fiorita

Richiedere alla UOC Medicina Legale:

☐ Villa Alexia; ☐ Clinica Col di Lana; ☐ Clinica San Giorgio; ☐ S. Raffaele Nomentano ☐ Villa Borghese Institute;

☐ Casa di Cura Villa dei Fiori; ☐ Casa di Cura Salus Infirmorum; ☐ Casa di cura Eugenio Morelli;

☐ Casa di Cura Villa Luisa; ☐ Casa di Maternità Savetti

☐ Altro: _____

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_____
☐ Qualora minore, autocertificare la potestà genitoriale (**allegare modulo E**)
☐ Qualora deceduto, indicare la relazione di parentela in qualità di erede legittimo (**allegare modulo C**)
☐ Qualora tutore/curatore/affidatario/amministratore di sostegno (**allegare modulo E**)

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_____

ASL Roma 1
Borgo S. Spirito, 3
00193 Roma

REGIONE LAZIO

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**
☐ Cartelle Cliniche antecedenti il 1950	**€ 25,00**
☐ Riproduzione di coronarografie su CD (cadauno)	**€ 23,00**
☐ Riproduzione di esami radiografici (RX, TAC e risonanze) su CD (cadauno)*	**€ 10,00**
☐ Altra documentazione sanitaria (**allegare modulo D**)	**€ 7,00**
☐ Cartella UDI	**€ 15,00**

***N.B. Ogni CD può contenere al massimo: nr. 2 TAC oppure nr.2 risonanze oppure nr.5 RX**

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 deve essere effettuato presso il CUP, al momento della richiesta.
Oppure è consentito il pagamento tramite c/c bancario IBAN IT32 P 08327 03398 000000001060
intestato ad ASL Roma 1, Borgo S. Spirito, 3 - 00193 Roma, inviando la richiesta e la ricevuta di pagamento via e-mail alle competenti strutture: archivio.sspirito@aslroma1.it ; archivio.sfn@aslroma1.it; archivio.oftalmico@aslroma1.it; direzionesanitaria.csa@aslroma1.it; archivio.nuovoreginamargherita@aslroma1.it; medicinalegale@aslroma1.it
Per la richiesta di esami radiografici dell'Ospedale S. Spirito è possibile inviare la richiesta e la ricevuta di pagamento all'indirizzo e-mail archivio.radiologia@aslroma1.it

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

RICHIESTA DI SPEDIZIONE (ad esclusione degli esami ed immagini radiografici)
Spedizione del documento in formato PDF protetto da password, per mezzo di Posta Elettronica all'indirizzo:

_____

Spedizione a domicilio tramite Poste Italiane con 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 Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e del Codice Privacy ss.mm.ii 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.
Dichiara inoltre di aver preso visione delle Informazioni privacy ai sensi dell'art. 13 GDPR.

Data_____Firma_____

Per la conferma di recapito della richiesta o per informazioni sullo stato di avanzamento della stessa (ad esclusione della riproduzione di esami radiografici) è possibile rivolgersi per l'ospedale Santo Spirito al n. 06/60102017, dal lunedì al venerdì ore 08:30 - 12:00. Per l'Ospedale San Filippo Neri al n. 06/60103707 dal lun. al ven. dalle ore 08:30 – 12:00 mart. e giov. 14.00 – 16.00. Per L'Ospedale Oftalmico al n. 06/60103647 dal lun. al ven. dalle 09:00 - 12:30 oppure mart. e giov. 14:00 - 16:00. Per L'Ospedale Nuovo Regina Margherita al n. 06/60102017 dal lunedì al venerdì ore 08:30 – 12:00. Per Centro S.Anna al numero 06/60103641 dal lun. al ven. dalle ore 08:30 – 12:30 mart e giov. 14:00 - 16:00. La cartella clinica sarà rilasciata di norma entro 30 giorni lavorativi; potrebbero fare eccezione le cartelle antecedenti il 1950. 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.