SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

Richiesta di documentazione sanitaria
(barrare la casella di interesse)

All.13 del Manuale di Gestione

□ Ospedale Oftalmico □ Centro S. Anna

Richiedere al Distretto 1:

□ Ospedale Nuovo Regina Margherita (documentazione ambulatoriale prodotta dopo il 01.11.2025);

Richiedere all'archivio dell'Ospedale Santo Spirito:

□ Ospedale Santo Spirto; □ Ospedale G. Eastman; □ Ospedale San Giacomo; □ ex Istituto Materno Regina Elena
□ Ospedale Nuovo Regina Margherita (documentazione di Day Surgery/APA/Day Hospital/Ricovero e documentazione ambulatoriale prodotta prima del 31.10.2025);

Richiedere all'archivio dell'Ospedale San Filippo Neri:

□ Ospedale San Filippo Neri; □ Casa di Cura Villa 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 Eugenio Morelli;
□ Casa di Cura Villa Luisa; □ Casa di Maternità Savetti; □ ALTRO:_____

•**Nel recepire la Sentenza della Corte di Giustizia Europea e il dettato Regionale, si comunica all'utenza che il rilascio della prima copia della cartella clinica di ogni singolo ricovero è gratuito**.

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_____

N.B. E' necessario allegare alla presente richiesta la dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi degli artt.19 e 47 del DPR 445/2000.

REGIONE LAZIO

Segue all.13

ASL Roma 1
Borgo S. Spirito, 3
00193 Roma

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 1

CHIEDE il rilascio di copia della seguente documentazione sanitaria:

Verbale o Cartella Clinica di Pronto Soccorso	**€ 5,00**
Cartella Clinica di Day Hospital o di Ricovero Ordinario	**€ 15,00**
Cartelle Cliniche antecedenti il 1950	**€ 25,00**
Riproduzione di coronografie 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; medicinalegale@aslroma1.it; nuovoreginamargherita@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 VIA EMAIL PROTETTO DA PASSWORD: (ad esclusione degli esami ed immagini radiografici).

Il sottoscritto _____ dichiara di voler ricevere la documentazione sanitaria in formato digitale al seguente indirizzo di posta elettronica_____.

L'ASL Roma 1 informa che il file contente la documentazione sanitaria verrà trasmesso in formato PDF protetto da password.

A tal fine, si prega di indicare le modalità di trasmissione della password:

- ○ Tramite SMS al seguente recapito telefonico: _____
- ○ Tramite differente indirizzo email: _____
  (tale modalità prevede la comunicazione di un diverso indirizzo di posta elettronica personale, rispetto a quello utilizzato per la spedizione della documentazione sanitaria)

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 ore08:30 - 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, circa la documentazione antecedente il 31/10/2025, al n. 06/60102017 dal lunedì al venerdì ore 08:30 – 12:00. Diversamente per la documentazione prodotta dal 01/11/2025 scrivere a nuovoreginamargherita@aslroma1.it. Per il 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.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del DPR 28.12.2000 n. 445)

La/Il
sottoscritta/o_____,
C.F._____, nata/o a _____ il
_____,
residente a _____ provincia_____
in via_____,
cittadinanza_____ Telefono o Email
_____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. n.445/2000 per le ipotesi di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti in seguito a provvedimenti emessi sulla base delle dichiarazioni non veritiere, così come previsto dall'art. 75 del D.P.R. n.445/2000

DICHIARA

Che in data_____ ha richiesto la prima copia integrale dei documenti contenuti nella propria cartella medica.

*Data*_____

*Firma leggibile del dichiarante*_____

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 s'informa che i dati e le informazioni raccolti nella presente dichiarazione verranno utilizzati unicamente per finalità per le quali sono state acquisiti.