

Richiesta di documentazione sanitaria Centro S. Anna

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 |
| ▪ Cartelle Cliniche antecedenti il 1950 | € 25,00 |
| ▪ Riproduzione di esami radiografici (RX, TAC e risonanze) su CD (cadauno) | € 10,00 |
| ▪ 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 deve essere effettuato presso il CUP, al momento della richiesta.

Per gli utenti fuori sede 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 al n. di fax 06/77302654 oppure via e-mail all'indirizzo direzionesanitaria.csa@aslroma1.it. Per la richiesta di esami radiografici non sono consentite le modalità via fax ed e-mail.

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

RICHIESTA DI SPEDIZIONE A DOMICILIO

Spedizione 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 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 delle 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. 06/77302644, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 12.00. 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.