

## Richiesta di documentazione sanitaria Nuovo Regina Margherita

### 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:

- |   |                |
|---|----------------|
| ▪ Cartella Clinica di Day Hospital, Day Surgery o ambulatoriale | <b>€ 15,00</b> |
| ▪ Cartella UDI  | <b>€ 15,00</b> |
| ▪ Altra documentazione sanitaria ( <b>allegare modulo D</b> )   | <b>€ 7,00</b>  |

referita 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 postale n. 72672009 intestato ad ASL Roma 1, Servizio Tesoreria Entrate Diverse, Borgo S. Spirito, 3 - 00193 Roma, o tramite c/c bancario IBAN IT32 P 08327 03398 00000001060 intestato ad ASL Roma 1, Borgo S. Spirito, 3 - 00193 Roma, inviando la richiesta e la ricevuta di pagamento al n. di fax 06/77306592 oppure via e-mail all'indirizzo [archivio.nuovoreginamargherita@aslroma1.it](mailto:archivio.nuovoreginamargherita@aslroma1.it).

**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. 06/58446603-6681, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 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.**