SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA

REGIONE LAZIO

Allegato B.1

Direzione Medica Presidi Ospedalieri
Direttore f.f. Paola Masala

SERVIZIO ARCHIVIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA
dmpresidio@hsangiovanni.roma.it

RICHIESTA COPIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA DA INVIARE PER POSTA

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____(_____) il _____

Residente a _____ (____) in Via _____ n. _____

Tel. /cell. _____ PEC_____

in qualità di:

❑intestatario
❑genitore esercente la patria potestà sul minore ❑tutore legale ❑erede ❑altro (specificare)_____

del/della sig. / sig.ra _____
nato/a a _____(_____) il _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

CHIEDE

N …… COPIE di:

- ❑ CARTELLA CLINICA CARTACEA
- ❑ CARTELLA CLINICA CD
- ❑ CARTELLA CLINICA DIGITALIZZATA (file PDF - solo via PEC)
- ☐ CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO
- ☐ CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO DIGITALIZZATO (file PDF - solo via PEC)

relativa alla prestazione fruita nel periodo:

data entrata	PS – Reparto - Ambulatorio	Data uscita

Allega alla presente:

- ❑ copia conforme all'originale del documento di riconoscimento valido e leggibile fronte e retro, controfirmata ai sensi del D.P.R. 445 del 28/12/2000;
- ❑ certificazioni di legge attestanti la titolarità del richiedente se diverso dall'intestatario;
- ❑ copia del vaglia postale indirizzato a "Azienda Ospedaliera San Giovanni - Addolorata, via dell'Amba Aradam 8, 00184 Roma" con causale "copia documentazione sanitaria"

oppure

- ❑ fotocopia del bonifico bancario intestato a "Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata, UNICREDIT SPA - IBAN IT31G0200805186000400007365 - BIC/SWIFT UNCRITM1B46
  - o di € 16,00 per ogni cartella Clinica CD , incluse spese di spedizione tramite R.A.R.;
  - o di euro € 30,00 per ogni cartella clinica cartacea, incluse le spese di spedizione tramite R.A.R.; **NB: qualora la cartella clinica sia composta da più di 200 pagine, verrà inviata in formato CD;**
  - o di € 10,00 per ogni Certificato di Pronto Soccorso o Certificato Ambulatoriale, incluse spese di spedizione tramite R.A.R..

Per le richieste di documentazione sanitaria che pervengono **esclusivamente tramite Pec all'indirizzo ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it** e per le quali venga richiesta la spedizione nella medesima modalità, non sarà necessario effettuare alcun pagamento.

- ❑ delega del titolare e copia conforme all'originale del documento del delegato (da allegare se l'indirizzo Pec non appartiene al titolare della documentazione sanitaria)

- ❑ **Autorizza la spedizione della documentazione all'indirizzo sopra riportato.**

- ❑ **Autorizza la spedizione della Documentazione digitalizzata all'indirizzo PEC sopra riportato, dal quale è pervenuta la presente richiesta.**

Roma lì _____ Il Richiedente _____