

Direzione Medica Presidi Ospedalieri  
Direttore f.f. Paola Masala

SERVIZIO ARCHIVIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Telefoni: 067705-3270-3466

E-maiFax: 067705-3385

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. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

in qualità di:

 intestatario genitore esercente la patria potestà sul minore \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ tutore legale del/della sig. / sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ erede del/della sig. / sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ altro (specificare) \_\_\_\_\_  
relativamente alla documentazione del/della sig. / sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_**CHIEDE**

N ..... COPIE di:

 CARTELLA CLINICA CARTACEA CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO CARTELLA CLINICA CD CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO DIGITALIZZATO (file PDF - solo via PEC) CARTELLA CLINICA DIGITALIZZATA (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; 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, comprensivi di spese di spedizione tramite R.A.R.;

o di euro 22,00 per ogni cartella clinica cartacea fino a 30 pagine, € 30,00 per ogni cartella clinica cartacea oltre 30 pagine; il costo indicato comprende le spese di spedizione tramite R.A.R. su territorio nazionale.

NB: all'atto della richiesta, si dovrà versare un importo pari a € 22,00; qualora la cartella clinica sia composta da un numero di pagine superiore a 30, verrà inviata per contrassegno e potrà essere ritirata previo pagamento dell'intera tariffa dovuta.

o Di € 10,00 per ogni Certificato di Pronto Soccorso, comprensivi di spese di spedizione.

**Nel caso in cui la richiesta di cartella clinica o Certificato di Pronto Soccorso pervenga a mezzo PEC e ne venga richiesta la spedizione nella medesima modalità, non sarà necessario effettuare alcun pagamento.** 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 \_\_\_\_\_