Allegato B.2

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

MODULO DI RICHIESTA ALLO SPORTELLO

Cartella Clinica cartacea
Cartella Clinica CD
- ❑ Presidio S. Giovanni
- ❑ Presidio Addolorata
- ❑ Presidio Britannico

Certificato Ambulatoriale
Certificato di Pronto Soccorso

Tariffe:

Cartella clinica cartacea:	fino a 30 pagine € 15,00
	oltre 30 pagine € 20,00
Cartella clinica CD:	€ 10,00 cad.
Certificato ambulatoriale:	€ 5,00
Certificato di Pronto Soccorso:	€ 5,00

Il costo indicato è relativo alla documentazione sanitaria ritirata allo sportello. Nel caso di spedizione postale (su territorio nazionale) è previsto un costo aggiuntivo in base alle relative tariffe postali.

del Sig./ra ……..……..
nato a……..……il……..
residente a……via/piazza…….. n°……
recapiti telefonici…….……..
relativa alla prestazione fruita nel periodo:

data visita e/o entrata	PS – Reparto - Ambulatorio	data uscita

Roma li……

Il Richiedente

Documento di riconoscimento…….

Parte riservata all'Ufficio

Consegnata il _____ Firma dell'operatore _____

RICHIESTA RITIRO

_____ _____