

Direzione Medica Presidi Ospedalieri  
 Direttore f.f. Paola Masala

SERVIZIO ARCHIVIO DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
 dmpresidio@hsangiovanni.roma.it

**MODULO DI RICHIESTA ALLO SPORTELLO**

Richiesta di:

- Cartella clinica cartacea € 20,00
- Cartella clinica CD: € 10,00 cad.
- Certificato ambulatoriale: € 5,00
- Certificato di Pronto Soccorso: € 5,00
- Certificato di degenza € 2,00

**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**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_