

MODULO RICHIESTA CARTELLA CLINICA

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ telefono _____
ricoverato dal giorno _____ al _____ nel reparto di _____

CHIEDE

Il rilascio della copia della cartella clinica:

- di degenza (ticket € 10,33)
- di Day Hospital (ticket € 5,15)
- certificato di degenza senza diagnosi (ticket € 0,52)
- referto di Pronto Soccorso (ticket € 1,55)
- cartella clinica di Pronto Soccorso (ticket € 10,33)

e allega

- documento di riconoscimento valido dell'intestatario;
- ricevuta del ticket pagato (su C/C postale n. 82501008, intestato a ASL ROMA 5 – SERVIZIO TESORERIA) con causale “Copia cartella clinica” – “Certificato di degenza” – “Referto di Pronto Soccorso” – “Day Hospital”;
- documento di riconoscimento valido del richiedente se persona diversa dall'intestatario;
- Per il rilascio della prima copia della cartella clinica è esente da ticket (sentenza EU:2023:811 del 26/10/2023)

DELEGA

(da compilare in caso di ritiro da parte di persona diversa dall'intestatario)

Io sottoscritto _____ provvisto di documento di riconoscimento
_____ rilasciato da _____
in data _____, delego il/la Sig./Sig.ra _____
provvisto di documento di riconoscimento _____
rilasciato da _____ in data _____, a ritirare copia della cartella clinica.

_____, lì _____

Firma

Orario ufficio cartelle cliniche: martedì e giovedì dalle 10 alle 12 tel. 06/95322419-06/95322277

Mail ufficio cartelle cliniche: cartellecliniche.palestrina@aslroma5.it