

OSPEDALE SANDRO PERTINI – Direzione Sanitaria

UFFICIO CARTELLE CLINICHE

FAX: 06/41732988-41433804

e mail: direzione.pertini@aslroma2.it

pec: direzione.sanitaria.pertini@pec.aslroma2.it

OGGETTO: Richiesta Spedizione Certificazione Sanitaria

Il/La sottoscritto _____

Nata/o a _____ il ____/____/____

Chiede la spedizione, all'indirizzo sotto indicato, della copia:

- DELLA CARTELLA CLINICA** (€ 15,00 costo cartella + € 6,19 spese di spedizione) **Tot. € 21,19**
- DEL CERTIFICATO AMBULATORIALE** (€ 2,00 costo certif. + € 3,35 spese di spedizione) **Tot. € 5,35**
- DELLA CARTELLA DI P.S.** (€ 2,00 costo certif. + € 3,35 spese di spedizione) **Tot. € 5,35**
- DEL CERTIFICATO DI RICOVERO PS** (€ 2,00 costo certif. + € 3,35 spese di spedizione) **Tot. € 5,35**
- DEL CERTIFICATO DI RICOVERO** (€ 3,35 spese di spedizione) **Tot. € 3,35**

RELATIVA AL RICOVERO PRESSO L'OSPEDALE SANDRO PERTINI

DAL GIORNO _____ **AL GIORNO** _____

INDIRIZZO DELLA SPEDIZIONE _____

Cap. _____ **CITTA'** _____ **PR.**(____)

RECAPITO TELEFONICO _____

SI ALLEGANO ALLA PRESENTE RICHIESTA:

- 1) **FOTOCOPIA LEGGIBILE (FRONTERETRO) DI UN DOCUMENTO D'IDENTITA';**
- 2) **COPIA DELLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO RILASCIATA DALLO SPORTELLO ARCHIVIO CLINICO DELL'OSPEDALE SANDRO PERTINI OPPURE COPIA DELLA RICEVUTA DEL BONIFICO BANCARIO**

INTESTATO A: ASLRoma2 – BNL Agenzia 21

Cod.IBAN IT 79M010050322100000218020

CAUSALE DEL VERSAMENTO: SPEDIZIONE CARTELLA CLINICA OSPEDALE SANDRO PERTINI

Il sottoscritto, inoltre, ai sensi della legge 196/2003 e successive integrazioni che regolano il trattamento dei dati personali, dichiara consapevolmente di accettare che il recapito della suddetta documentazione sanitaria, avverrà secondo le prescrizioni di riservatezza garantite dal Codice Postale, che prevede la consegna anche a persona diversa dal destinatario presente al domicilio (es.familiare, portiere dello stabile,ecc.)

-----/-----/ -- _____ **(firma)**

LM/archivio

ATTENZIONE:IL PRESENTE FAX E' INDIRIZZATO SOLAMENTE ALLE PERSONE INDICATE, SE AVETE RICEVUTO QUESTO FAX PER ERRORE, VI PREGHIAMO CONTATTARCI AL NUMERO SOPRA INDICATO.