	
Procedura Operativa Standard	DPUO-POS 314	Ver.1.0 del 06/12/2021	Pagina 11 di 15
PROCEDURA PER IL RILASCIO ED IL RITIRO DELLE CARTELLE CLINICHE			

Modulo A

Archivio Cartelle Cliniche Presidio Ospedaliero Unico

RICHIESTA COPIA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Cognome e Nome Assistito _____
nato/a il ____ / ____ / ____ a _____
codice fiscale _____
Comune di residenza _____ Prov : _____ CAP _____
Indirizzo di residenza _____
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA (E-MAIL) _____

TIPOLOGIA DELL'ATTO RICHIESTO

CARTELLA CLINICA

Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____
Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____
Costo Cartella Clinica € 15,00

CARTELLA CLINICA di PRONTO SOCCORSO

gg _____ mm _____ aa _____
gg _____ mm _____ aa _____
Costo Cartella Clinica di Pronto Soccorso € 6,00

CARTELLA AMBULATORIALE

Precisare la specialità medica (Oculistica o Ortopedica)
N° cartellino _____ aa _____
Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____
Costo Cartellino € 1,55

CARTELLA APA



Reparto di dimissione _____
N° APA fornito dal Reparto _____
Costo APA € 0,00

CERTIFICATO di DEGENZA

Reparto di dimissione _____
gg _____ mm _____ aa _____
Costo Certificato € 0,00

SPEDIZIONE 5,50

Indirizzo _____

 ASL ROMA 3		 REGIONE LAZIO	
Procedura Operativa Standard	DPUO-POS 314	Ver.1.0 del 06/12/2021	Pagina 14 di 15
PROCEDURA PER IL RILASCIO ED IL RITIRO DELLE CARTELLE CLINICHE			

Modulo D

Archivio Cartelle Cliniche Presidio Ospedaliero Unico

MODELLO DELEGA RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ___ / ___ / ___ a _____

DELEGA

il/la sig./sig.ra _____ nato/a il ___ / ___ / ___ a _____

a ritirare per proprio conto la documentazione clinica

Luogo e

Data _____

Firma Delegante _____

Allegare copia del documento d'identità del Delegante e del Delegato