



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 3

REGIONE LAZIO
AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA 3
OSPEDALE G.B. GRASSI

REGIONE
LAZIO

Direzione Sanitaria - Archivio Cartelle Cliniche

Via Passeroni, n. 21 - 00125 ROMA

Tel. 06 56482163 - Fax 06 56482044

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA

Il/la sottoscritto/a nato a il

e residente in tel.

chiede che gli/le venga rilasciata copia della cartella clinica relativa al ricovero avvenuto:

dal	al	reparto	num. ricovero	copie

Roma

ATTENZIONE
 LAZIENDA È FUORI DA OGNI
 RESPONSABILITÀ PER LE BOZZE
 DA VOI CORRETTE.
Visto: Si autorizza la stampa.
 Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Firma

Il/la sottoscritta

Documento di riconoscimento dell'intestatario: n°

rilasciato a il delega il Sig./Sig.ra

..... al ritiro della documentazione clinica richiesta.

Documento di riconoscimento del delegato n°

rilasciato a il

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Roma

Sede legale: Via Casal Bernocchi, 73 - 00125 Roma - C.F. e P. IVA 04733491007

Informazioni: 800 018972 www.aslromad.it