

**Direzione Sanitaria - Archivio cartelle cliniche**

Via Passeroni n. 20 - 00122 Roma

Tel. 06.56482086

Sig./Sig.ra ..... nato/a a ..... tel. ....

Richiesta Certificato

ORTOPEDICO .....	INFERMIERISTICO .....
CHIRURGICO .....	DEGENZA .....
OTORINO .....	PRONTO SOCCORSO .....
OCULISTICO .....	

• Pronto soccorso euro 6.00

• Certificati euro 1.55

data .....

## LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA PUÒ ESSERE CONSEGNATA A:

1. Al diretto interessato munito di valido documento di riconoscimento.
2. A un suo delegato munito di:
  - a. delega scritta e firmata dall'intestatario della documentazione richiesta
  - b. fotocopia di valido documento del delegante
  - c. documento di riconoscimento del delegato
3. Al genitore o al tutore che esercita la patria potestà in caso di minore o incapace munito di:
  - a. fotocopia documento di riconoscimento
  - b. dichiarazione sostitutiva di certificazione
4. All'erede legittimario in caso di persona deceduta che agisca in nome e per conto degli altri coeredi munito di:
  - a. dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
  - b. delega e copia di valido documento di riconoscimento dei coeredi
  - c. valido documento di riconoscimento del delegato

**La documentazione non ritirata sarà eliminata dopo 90 gg dalla data di fotocopia.****Il rilascio di ulteriore documentazione sanitaria avverrà dopo nuovo pagamento.**Il sottoscritto ..... dichiara di aver ritirato la  
Certificazione sopra descritta in data odierna.

Documento ..... n. .... rilasciato il .....

Per informazioni tel. 06/56482086

dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00

lunedì e mercoledì dalle ore 14,30 alle ore 15,30 (sabato chiuso)

Data .....

FIRMA .....