



PRONTO SOCCORSO/AMBULATORI/DEGENZA

Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza l'Azienda ad utilizzare il trattamento dei dati, pertanto si chiede di leggere attentamente

Salvo le documentazioni in codice protetto o altre particolarità ostative che ne determinino il non accesso o la difficile ricerca, la documentazione richiesta sarà rilasciata entro 15 (quindici) giorni lavorativi.

Si fa rilevare che l'atto potrebbe non essere reperibile, in quanto l'Azienda non è tenuta al mantenimento illimitato della documentazione ambulatoriale (*prontuario di scarto aziendale*).

Il fascicolo è quello consegnato dagli Ambulatori e Pronto soccorso al momento della presente richiesta, pertanto si fa rilevare che il medesimo potrebbe subire integrazioni.

- Il ritiro può essere effettuato dal titolare o da altra persona con delega, munita dei documenti dell'interessato e del delegato in originale e in fotocopia.
- In caso di persone **decedute** la documentazione può essere ritirata solo dagli **eredi** dimostrabili in atti.
- In caso di **minori** l'accesso è consentito ai genitori, anche disgiuntamente, ovvero al tutore; il genitore dovrà espressamente dichiarare la potestà genitoriale (*art. 13 procedura di accesso agli atti amm.vi Azienda Ospedaliera*) consapevole delle responsabilità che queste comportano in caso di dichiarazioni mendaci.

Con la sottoscrizione del presente modulo, si autorizza l'Azienda ad utilizzare il trattamento dei dati secondo la normativa vigente (art 13 DL 196/2003)

Il costo per il Pronto Soccorso è di € 7,00 - ambulatori € 5,00 - la documentazione richiesta una volta foto riprodotta è disponibile per il ritiro per un anno dopodiché viene distrutta senza diritto di rimborso.

Il certificato di degenza viene rilasciato a vista ed il suo costo è di € 2,00.



spedizione **fuori provincia** di Roma+s. p Comune _____ prov(_____) cap _____

Via/P.zza _____ telefono _____



Quietanza

SCRIVERE I DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome
Scrivere in stampatello



Data di nascita ____/____/____

CARTELLA AMBULATORIO DI _____ N°CARTELLINO _____ anno _____

PRONTO SOCCORSO avvenuto il ____/____/____

CERTIFICATO DI DEGENZA del ____/____/____
(produrre documento di riconoscimento del paziente e delega per il ritiro)

l'addetto allo sportello

firma del richiedente
(leggibile)

Roma li,



Parte riservata all'Archivio Clinico (non compilare)

Prot. N°

Note: _____


