



**“CASTELLO DELLA QUIETE S.r.l.”**  
**Struttura Residenziale Psichiatrica (SRP)**  
**Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**

Via di Tor Cervara, 112 – 00155 Roma

Telefoni: 06.2294405 (8 linee r.a.)

Fax 06.2295989

e-mail: [amministrazione@castellodellaquiete.it](mailto:amministrazione@castellodellaquiete.it)

PEC: [cdqpec@legalmail.it](mailto:cdqpec@legalmail.it)

Rev 1.3

## Modulo Richiesta copia Fascicolo Sanitario

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ in qualità di intestatario oppure: *(barrare la voce corretta)*

- Tutore – Amministratore di Sostegno (necessaria il documento di nomina del Giudice Tutelare)
- Delegato : con delega da allegare alla presente richiesta
- Erede : occorre presentare una autocertificazione in cui si attesta la qualità di erede corredata di documento di identificazione del richiedente.

**Richiedo una copia del Fascicolo Sanitario relativo alla degenza in :** *(barrare la voce corretta)*

- Casa di Cura Neuropsichiatrica (prima del 2015)
- RSA (dal 2004)
- SRP (dal 2015)

Per Cognome \_\_\_\_\_, Nome \_\_\_\_\_

, ospite di questa Struttura nell'/dall' anno \_\_\_\_\_

(IL COSTO DEL FASCICOLO SANITARIO E' DI € 10,00 PIU' € 0,30 PER PAGINA )

Il fascicolo sanitario verrà prodotto unicamente in formato digitale (PDF) ed inviato ad un indirizzo di posta elettronica o PEC indicato qui di seguito: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Per esigenze particolari è necessario contattare il Medico Responsabile del reparto interessato.

### Parte riservata al personale Ritiro Documentazione Sanitaria

Operatore: \_\_\_\_\_

Data richiesta FS: \_\_\_\_\_

Data consegna richiesta al MR: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Data consegna copia CC Ufficio Amministrativo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification

